

FARMACIA O.F.	COMUNICACIÓN CESE DE LA ACTIVIDAD DE REACONDICIONAMIENTO DE SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN	Modelo M-SPD.04 Página 1 de 1 Rev.: 0
--------------------------	--	---

COMUNICACIÓN CESE DE LA ACTIVIDAD DE REACONDICIONAMIENTO DE SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN (SPD)

1. DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Titular/es		Nº de farmacia	
Dirección de la oficina de farmacia			
Localidad	C.P.	Teléfonos	
Correo electrónico			NIF/CIF/NIE

NOTIFICO, que en la fecha abajo indicada, ceso en la actividad de preparación y entrega de sistemas personalizados de dosificación, comprometiéndome a mantener la documentación generada por el periodo de un año establecido en la ORDEN FORAL 622E/2017, de 9 de octubre, del Consejero de Salud, por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios aplicables a los Sistemas Personalizados de Dosificación de medicamentos en las oficinas de farmacia de la Comunidad Foral de Navarra.

En, a de de 20.....

Fdo: