



## Conselleria de Salut

Direcció General de Prestacions,  
Farmàcia i Consum

### DECLARACIÓ RESPONSABLE DE NO INCOMPATIBILITAT DEL FARMACÈUTIC D'OFICINA DE FARMÀCIA

....., amb DNI ..... i núm. de col·legiat/col·legiada ..... en el Col·legi Oficial de Farmacèutics de .....

Manifest que no incorr en cap causa d'incompatibilitat professional ni horària per ser nomenat/da farmacèutic/a (marcar l'opció correcta):

- Titular
- Adjunt o adjunta
- Substitut o substituta
- Regent

d'una oficina de farmàcia, d'acord amb l'article 67 de la Llei 7/1998, de 12 de novembre, d'ordenació farmacèutica de les Illes Balears, així com amb la resta de la legislació vigent aplicable en la matèria.

....., ..... d..... de 20.....

[rúbrica]