

DECLARAÇÃO

titular da Carteira Profissional nº _____, Director Técnico da Farmácia _____

sito na _____ declaro para os devidos efeitos que o farmacêutico _____
_____, titular da Carteira Profissional nº _____, integra o quadro farmacêutico desta farmácia
e tem participado nas acções _____

[preencher consoante sejam acções de administração de vacinas e/ou de medicamentos injectáveis] que a farmácia tem promovido
no período de _____ a _____.

_____, _____ de _____ de _____



Ordem dos Farmacêuticos
Rua da Sociedade Farmacêutica 18 | 1169-075 Lisboa
Telefone: 213 191 380 | Fax: 213 191 399

O Director Técnico

(assinatura e carimbo da farmácia)