

Modelo de declaración responsable

Don/Doña
Con DNI Farmacéutico/a titular de la oficina de farmacia
situada en la calle
CP de la localidad de

Declara responsablemente:

Que la oficina de farmacia de la que soy titular cumple con los requisitos establecidos en la Orden Foral 71/2012, de 18 de septiembre, de la Consejera de Salud, por la que se establece el procedimiento para la aplicación del índice corrector del margen de dispensación de las oficinas de farmacia que se regula en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, y se comprometo a mantener el cumplimiento de los mismos durante la vigencia de la compensación.

Que me comprometo a participar en los programas de atención farmacéutica y en las actividades de uso racional del medicamento que establezca el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Que los datos consignados son ciertos y que la inexactitud o falsedad de los mismos comportará la revocación del derecho a percibir el pago compensatorio correspondiente.

En a de de

Firmado

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD.