



CONSEJERIA DE SALUD

ANEXO V: DECLARACIÓN DE TITULARIDAD

| DATOS SOLICITANTE | | | |
|---|------------------|-----------------------|---------|
| DNI: | PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRE: |
| DIRECCIÓN (Calle o plaza, nº, localidad y código postal): | | | |
| PROVINCIA: | | TELÉFONO DE CONTACTO: | |
| FAX/CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:: | | | |

DECLARO

Ser / No ser / No haber sido nunca titular o cotitular de oficina de farmacia (tachar lo no procedente) en la fecha de la publicación de la Orden de la Consejería de Salud por la que se convoca concurso para la adjudicación de oficinas de farmacia en Andalucía.

En caso afirmativo indicar los siguientes datos relativos a la oficina de farmacia:

| |
|---------------------|
| COMUNIDAD AUTÓNOMA: |
| PROVINCIA: |
| MUNICIPIO: |
| DIRECCIÓN: |

| LUGAR, FECHA Y FIRMA |
|---|
| Lo que firmo a los efectos previstos en la Orden de convocatoria. En a de de..... EL/LA SOLICITANTE Fdo.:..... |

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable, la Consejería de Salud le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/formulario/impreso, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución del concurso público para la adjudicación de oficinas de farmacia.