

AUTORIZACION PARA LA INSCRIPCION COMO GENERADOR DE RESIDUOS PATOGENICOS
--

FECHA: / /

Por la presente autorizo al Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires a realizar los trámites correspondientes ante el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para mi INSCRIPCION COMO GENERADOR DE RESIDUOS PATOGENICOS.

Nombre y apellido: _____

Número de matrícula: _____

Denominación de la farmacia: _____

Domicilio de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia: _____ Teléfono particular: _____

Localidad: _____ Partido: _____

Firma: _____

Certificación (Escribano – Juez de paz – Banco-Autoridad del CFPBA o Filial)

La autoridad del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Airescertifica que la firma que antecede fue puesta en su presencia.

A losdías, del mes dede 201...

Firma y Cargo: