



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

DEPARTAMENTO PROVINCIAL DE FARMACIA

San Salvador de Jujuy,de..... de 20.....

Nota

A la Jefe del Dpto. Pcial de Farmacia

Farm. Fanny Martiarena

Su despacho:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para solicitar se autorice la siguiente planificación anual de cierres de Turno Voluntario correspondientes a Farmacia:

.....

Para el período 20.....

- 1 de Enero
- 1 de Mayo
- 12 de Octubre
- 25 de Diciembre

De acuerdo lo prescripto en Resolución 40/01 – 416/88 –

- Otra fecha a proponer:.....

Se autorizarán 2 fechas, sugiriendo que se indiquen hasta 3, con orden de preferencia
Atentos Saludos.

Firma:

DPF – AUTORIZA:

Obs.: (Se podrán autorizar hasta 2 fechas por año – sin costo de Arancel)

DT Farm. :

M.P. N°: