

## **DECLARACIÓN DE INCOMPATIBILIDADES DE FARMACÉUTICO/FARMACÉUTICA**

..... con DNI núm. .... y  
con número de colegiado/colegiada ..... en el Colegio Oficial de  
Farmacéuticos de .....

Manifiesto no incurrir en ninguna causa de incompatibilidad profesional ni horaria, para ser nombrado/a farmacéutico/a titular, adjunto/a, sustituto/a o regente de oficina de farmacia de acuerdo con el artículo 67 de la Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Illes Balears, así como con el resto de la legislación vigente de aplicación en la materia.

....., ..... de ..... de 20.....

[rúbrica]