



**Conselleria de Salut**

Direcció General de Prestacions,  
Farmàcia i Consum

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO INCOMPATIBILIDAD DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL**

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

Manifesto que no incurro en ninguna causa de incompatibilidad profesional ni horaria para ser nombrada/a farmacéutico/a responsable del  
(marcar la opción correcta y rellenar el nombre del centro):

Servicio de farmacia del centro hospitalario: .....  
.....

Depósito de medicamentos del centro sociosanitario/penitenciario: .....  
.....,

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 aplicable en la materia.

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

[rúbrica]