

SOLICITUD ACREDITACIÓN CT

FECHA: _____

Nº DE FARMACIA: CIF:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:

D/D^a: COLEGIADO Nº: DNI:

D/D^a: COLEGIADO Nº: DNI:

D/D^a: COLEGIADO Nº: DNI:

D/D^a: COLEGIADO Nº: DNI:

SOLICITA/N la acreditación, por parte del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante, del servicio de Cesación Tabáquica (CT) y para ello designa/n el/los siguiente/s farmacéutico/s capacitado/s:

D/D^a: COLEGIADO Nº: DNI:

D/D^a: COLEGIADO Nº: DNI:

D/D^a: COLEGIADO Nº: DNI:

D/D^a: COLEGIADO Nº: DNI:

Y aporta/n la siguiente **documentación**:

(En caso de no marcar y adjuntar la documentación que se indica en el presente formulario no se procederá a tramitar la petición solicitada).

- Documentación que acredite la formación del farmacéutico/s capacitado/s en materia de CT.
- Procedimiento normalizado de trabajo (PNT) donde se refleje el modo en que se prestará el servicio.
- Plano y fotografías de las instalaciones necesarias para la realización de CT.
- Documentación que acredite el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Caracter Personal.

FIRMA TITULAR/ES DE FARMACIA:

<input type="text"/>
DNI: <input type="text"/>

<input type="text"/>
DNI: <input type="text"/>

<input type="text"/>
DNI: <input type="text"/>

<input type="text"/>
DNI: <input type="text"/>