

D.ª/D. _____,
con DNI nº _____, farmacéutica/o con el Nº de Colegiada/o _____ en el
Colegio Oficial de Farmacéuticos de _____

DECLARA:

1. Que no se encuentra incurso/o en ninguna de las causas de incompatibilidad recogidas en el artículo 73 de la Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia.
2. Que cumple las garantías de independencia establecidas en el artículo 4 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

En _____ a _____ de _____ de 20 _____.

Firma Farmacéutica/o

Firma Farmacéutica/o