Señor/a.

Presidente

Quien suscribe,.................................................................................................., Mat. N° …………. nacionalidad ………………………, estado civil ……………….., nacido/a el……..…/………/………., en la ciudad de …………………….., Provincia de ……………………......, DNI N° ……………..…………, con domicilio en ......................................................, Provincia de .................................., se dirige a Ud. a fin de solicitarle el pago del **RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO POR CIERRE TEMPORAL DE OFICINA DE FARMACIA AFECTADA POR CORONAVIRUS** que abona ese Colegio a los profesionales que se acojan a los requisitos. A tal fin se acompaña documental necesaria para el otorgamiento del mismo y declaro que mi oficina de farmacia permaneció cerrada los días ……..............................

Atentamente.-

……………………………………

Firma del Farmacéutico

Fecha: …..……de……………….. de 202..…..