

ANEXO II

Declaración responsable de titularidad de oficina de farmacia

D/D^a.: _____ con DNI _____
 y domicilio en _____

D e c l a r a

Que:

1. No soy en la actualidad ni he sido titular o cotitular de una oficina de farmacia.
2. No soy en la actualidad titular o cotitular de una oficina de farmacia, pero lo he sido con anterioridad.
3. Soy en la actualidad titular o cotitular de una oficina de farmacia, pero no lo he sido con anterioridad de otra.
4. Soy en la actualidad titular o cotitular de una oficina de farmacia y lo he sido con anterioridad de otra.

En el caso de ser titular o cotitular en la actualidad o haberlo sido de otra con anterioridad, indicar los siguientes datos de la o las oficinas de farmacia:

1. Oficina de farmacia actual:

| | |
|--|--|
| Forma de obtención de la farmacia (transmisión o concurso de nueva apertura) | |
| Fecha de inicio de actividad (autorización de funcionamiento o transmisión) | |
| Comunidad Autónoma | |
| Domicilio | |
| Nº de registro de centro | |

2. Oficina de farmacia anterior (1):

| | |
|--|--|
| Forma de obtención de la farmacia (transmisión o concurso de nueva apertura) | |
| Fecha de inicio de actividad (autorización de funcionamiento o transmisión) | |
| Comunidad Autónoma | |
| Domicilio | |
| Nº de registro de centro | |
| Forma de pérdida de la titularidad de la farmacia (transmisión o cese) | |
| Fecha de pérdida de la titularidad | |

3. Oficina de farmacia anterior (2):

| | |
|--|--|
| Forma de obtención de la farmacia (transmisión o concurso de nueva apertura) | |
| Fecha de inicio de actividad (autorización de funcionamiento o transmisión) | |
| Comunidad Autónoma | |
| Domicilio | |
| Nº de registro de centro | |
| Forma de pérdida de la titularidad de la farmacia (transmisión o cese) | |
| Fecha de pérdida de la titularidad | |

4. Oficina de farmacia anterior (3):

| | |
|--|--|
| Forma de obtención de la farmacia (transmisión o concurso de nueva apertura) | |
| Fecha de inicio de actividad (autorización de funcionamiento o transmisión) | |
| Comunidad Autónoma | |
| Domicilio | |
| Nº de registro de centro | |
| Forma de pérdida de la titularidad de la farmacia (transmisión o cese) | |
| Fecha de pérdida de la titularidad | |

En _____ a _____ de _____ de 2022

El /La Solicitante

Fdo.: _____

En el caso de solicitudes conjuntas, este anexo se ha de cumplimentar y firmar de manera individualizada por cada uno de los solicitantes.