

SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL ÍNDICE CORRECTOR DE MÁRGENES DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

D./D^a.....con DNI.....
Farmacéutico titular/cotitular/Regente de la oficina de farmacia nº.....
situada en la siguiente dirección.....
municipio de CP.....Provincia.....

SOLICITA:

La aplicación de la escala de compensaciones correspondientes a la dispensación al público de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos recogida en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

A tal efecto facilita los siguientes datos, se adjunta la siguiente documentación:

1.- Facturación de la oficina de farmacia

Ventas anuales totales en términos de PVP IVA del ejercicio económico del año anterior.....
Año al que se refieren los datos.....

2.- Documentación que acompaña (Señalar con una X)

- Copia DNI/NIF del solicitante.
- Modelo 130 para la autoliquidación de los pagos fraccionados a cuenta del Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas correspondiente al cuarto trimestre del ejercicio económico del año anterior.
- Otra documentación justificativa referente a ventas anuales totales.

3.- Declaraciones (Señalar con una X)

El solicitante declara que:

- Ni la oficina de farmacia ni el/los titulares de la misma han sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni están excluidos de su concertación
- Ha participado activamente en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos establecidos por la Administración Sanitaria de Aragón.

Enade..... de.....

Firma del solicitante:

SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
Pza. Convivencia, 2 50017 - Zaragoza.