

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

*(Señalar con una X)*

El /los solicitantes declaran que:

Ni el/los titulares o regentes de la oficina de farmacia han sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación.

El/los solicitantes/s asumen el compromiso de:

Participar activamente en los programas de atención farmacéutica y realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma Solicitante/s:

**A.A. CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**