

D/Dña.....
con D.N.I..... titular de la farmacia AL-.....-F, situada
en la C/..... de la localidad
de

AUTORIZO

A D/Dña.....
con D.N.I..... a recoger en mi nombre en el Colegio
Oficial de Farmacéuticos de Almería un talonario de vales para pedidos de
medicamentos estupefacientes para mi farmacia.

Firma del que autoriza
y sello de la farmacia

Firma del autorizado

Imprescindible adjuntar las fotocopias del D.N.I. de las personas que firman
esta autorización