

## ANEXO I

D/Dña.....,  
farmacéutico/a titular/cotitulares de la oficina de farmacia, con nºfacturación.....,  
dirección..... CP.....  
Municipio de....., Territorio Histórico.....

## EXPONE

En cumplimiento del R.D. 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales y en consideración a los requisitos presentes en las propias instalaciones, esta oficina de farmacia se acoge al:

**NIVEL**      -1  
                  -2  
                  -3

**SIN NIVEL**     

Con el compromiso de atender a las necesidades de la población, en lo referente a la formulación magistral y otras formas galénicas, mantiene un contrato de servicios con la/las oficina/oficinas de farmacia:

Farmacia.....Nivel.....Localidad.....CCAA.....

Farmacia.....Nivel.....Localidad.....CCAA.....

Farmacia.....Nivel.....Localidad.....CCAA.....

Fecha

Fdo: Titular/Titulares de la oficina de farmacia

## I. ERANSKINA

Jaun/Andre.....  
farmazia-bulegoko titular/titular kideak, fakturazio zk hau duena .....  
helbidea ..... PK .....  
Herria ....., Lurralde Historikoa .....

## ADIERAZTEN DU

Otsailaren 23ko 175/2001 E.D.ak dioena betez, zeinaren bitartez onartzen baitira formula magistralen eta prestakin ofizialen elaborazio zuzenerako eta kalitate-kontrolerako arauak, eta kontuan edukiz bere instalazioek betetzen dituzten baldintzak, farmazia-bulego hau adierazten den ondoko mailari atxikitzen zaio:

**MAILA**     -1  
                  -2  
                  -3

**MAILA GABE**    

Biztanleriaren premiei, formula magistralen eta beste forma galeniko batzuen arloan, erantzuteko konpromisoarekin, zerbitzu-hitzarmen bat mantentzen du ondoko farmazia-bulego(ar)ekin:

Farmazia..... Maila ..... Herria ..... AE .....

Farmazia..... Maila ..... Herria ..... AE .....

Farmazia..... Maila ..... Herria ..... AE .....

Data

Izpta: Farmazia-bulegoko Titularra/Titularrak