

**SOLICITUD DE ALTA - MODULO DE FARMACIA - SIFAEX**

*Por la presente le informo que*

*D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_*

*Con NIF: \_\_\_\_\_, agente de aduanas/transitorio/representante para la empresa: \_\_\_\_\_*

*y cuyo CIF/NIF/NIE es: \_\_\_\_\_*

*Declaro que trabajo para la citada empresa*

*Y solicito*

*Ser dado de alta en el módulo de Farmacia - SIFAEX en la Dependencia/Servicio de Sanidad y Política Social de \_\_\_\_\_*

*Para lo cual utilizo el certificado digital a nombre*

*De: \_\_\_\_\_*

*Con NIF: \_\_\_\_\_*

*Comprometiéndome a solicitar la baja cuando cese mi actividad laboral con la citada empresa*

*En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_*

*Fdo. \_\_\_\_\_*