



Colegio de Farmacéuticos de La Plata

PLANILLA VACACIONES 2017-2018

TURNO LETRA/S: **Nº DE FARMACIA:**

(si tiene doble turno, indicar las dos letras)

NOMBRE DE LA FARMACIA:

DIRECCIÓN DE LA FARMACIA:

TELÉFONO:..... **CEL:**.....

MAIL:.....

El año pasado tomé vacaciones en el mes

SOLICITO CERRAR POR VACACIONES:

Desde el:/...../..... hasta el/...../..... inclusive.

¿Desea realizar doble turno?.....

DIRECTOR/A TÉCNICO:

FIRMA:

SELLO FARMACIA: