

Fecha.....

**Ministerio de Salud de la
Provincia de Buenos Aires
Dirección de Farmacia
S/ D**

Ref.: Expte. N°

El/la que suscribe Farmacéutico/a, Matrícula N°, en su carácter de Director/a Técnico/a de la Farmacia, ubicada en la calle de la localidad de, partido de, se dirige a Ud. a fin de llevar a su conocimiento que la oficina de farmacia permanecerá cerrada por vacaciones desde el día hasta el día

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atte.