

ABONO TRANSPORTE GRATUITO PERSONAL FARMACÉUTICO

Valencia, ____de 2020

Yo, _____ con DNI _____ y titular de la
Farmacia _____ situada en
_____, _____ con SOE N°_____, solicito un
abono de transporte gratuito para mí Sí ___ / No___ y para:

- _____ con DNI _____,
trabajador de mi farmacia.
- _____ con DNI _____,
trabajador de mi farmacia.
- _____ con DNI _____,
trabajador de mi farmacia.
- _____ con DNI _____,
trabajador de mi farmacia.
- _____ con DNI _____,
trabajador de mi farmacia.

Asimismo, a través del siguiente escrito certifico que se hará un uso adecuado del abono de transporte por parte de la persona beneficiaria del mismo.

Firmado: