

## 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: