

AUTORIDADES

A quien corresponda:

CERTIFICO por la presente que:

DNI N°:

Con domicilio en:

Presta servicios en **FARMACIA**

Con dirección:

Como PERSONAL DE SALUD y es parte esencial del sistema sanitario que debe seguir prestando servicios en esta emergencia sanitaria para garantizar a la población acceso a sus medicamentos, insumos sanitarios y servicios farmacéuticos.

Rogamos prestar la mayor colaboración para que llegue a destino a desempeñar sus funciones.

Atentamente

DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE

Con el objeto de ser exhibido ante quien corresponda a efectos de acreditar debidamente el trabajo que cumple dentro del sistema de salud.

