



ANEXO I

<input type="checkbox"/> OFICINA DE FARMACIA		<input type="checkbox"/> SERVICIO DE FARMACIA	
Farmacéutico/s Titular/es o Jefe del Servicio:			
Dirección:			
Población:		Provincia:	
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico:	

COMUNICA, A FIN DE OBTENER LA CORRESPONDIENTE ACREDITACIÓN:
que elabora una o varias fases de fórmulas magistrales y preparados oficinales para la dispensación en su propio establecimiento, de acuerdo con lo establecido en el *REAL DECRETO 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales*, en las siguientes formas farmacéuticas:

<p>Formas Farmacéuticas Tópicas.</p> <p>F. F. Líquidas (Orales y Rectales)</p> <p>F. F. Sólidas: Papelillos.</p> <p>F. F. Sólidas: Cápsulas</p> <p>F. F. Sólidas: Supositorios.</p> <p>F. F. Sólidas: Óvulos.</p> <p>F. F. Sólidas: Píldoras.</p> <p>F. F. Sólidas: Gránulos.</p>	<p>F. F. Sólidas: Comprimidos.</p> <p>F. F. Sólidas: Grageas.</p> <p>F. F. Sólidas: Gránulos o Glóbulos de Homeopatía.</p> <p>F. F. Estériles Tópicas.</p> <p>F. F. Parenterales.</p> <p>F. F. Liofilizadas</p> <p>Otras: _____ _____</p>
---	--

A esta comunicación se adjunta la siguiente documentación:

<p>Plano del local y memoria descriptiva.</p> <p>Relación de equipamiento y utillaje.</p> <p>PNT de atribuciones del personal.</p>	<p>Modelos de Etiquetado.</p> <p>Modelo de Hoja de Información al Paciente.</p> <p>Otros: _____</p>
---	--

En _____, a de _____ de _____ de _____

Firma