



DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/Dña. _____

Con DNI _____ Farmacéutico titular de la oficina de farmacia
situada en la calle/plaza/avenida _____

Localidad _____ Municipio _____

CP. _____ Provincia: Cantabria

DECLARA RESPONSABLEMENTE:

Que la oficina de farmacia de la que soy titular cumple con los requisitos establecidos en la Orden....., de la Consejera de Sanidad, por la que se establecen las directrices para la aplicación en la Comunidad Autónoma de Cantabria del índice corrector del margen de dispensación de las oficinas de farmacia regulado en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, y sucesivas modificaciones, y se comprometo a mantener el cumplimiento de los mismos durante la vigencia de la compensación.

Que adjunto documento justificativo de las ventas anuales totales del ejercicio económico correspondiente al año natural anterior de la oficina de farmacia (*Modelo 130 del IRPF del 4º trimestre*)

Que los datos consignados son ciertos y que la inexactitud o falsedad de los mismos comportará la revocación del derecho a percibir el pago compensatorio correspondiente, así como la instrucción del correspondiente expediente sancionador, cuando corresponda.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.:.....