

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIÓN

D. / Dña.

con nº colegiado/a

con domicilio profesional

N °

C.P.

localidad

provincia

al MICOF,

COMUNICA:

Que el día

y sobre las

horas

Motivo de la agresión:

El medicamento que solicitaba requería prescripción facultativa.

El medicamento o producto sanitario que solicitaba era de venta libre y excluido de la financiación de la Seguridad Social o de la mutua a la que pertenece.

El servicio de urgencias farmacéutico no le facilitó un producto sanitario que carecía de receta.

Durante los servicios de urgencia, el farmacéutico solo dispensa medicamentos con prescripción.

Otros

Por lo expuesto,

SOLICITO AL MICOF reciba la notificación realizada con la finalidad de que esta agresión quede registrada en el Colegio al que me dirijo.

En

, el

de

de

Fdo. _____