



SUBVENCIONES DE APOYO A LAS FARMACIAS RURALES DE LA PROVINCIA DE BURGOS
UBICADAS EN MUNICIPIOS CON POBLACIÓN INFERIOR A 1.000 HABITANTES

ANEXO II - JUSTIFICACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

DATOS DEL REPRESENTANTE (solo personas jurídicas)

Apellidos y nombre/Razón Social		DNI/NIE/NIF	
Dirección		Localidad	
Provincia	Código Postal	Teléfono	Correo Electrónico
Localidad en la que se encuentra ubicada la oficina de farmacia			

Apellidos y nombre	DNI	Tel. móvil
Cargo	Correo Electrónico	

CUENTA JUSTIFICATIVA CUOTAS S.S. INGRESADAS

Nombre y apellidos beneficiario	N.I.F.	Justifica R. GENERAL O RETA *	Período justificado	Importe total cuotas Seg.Soc. ingresadas y justificadas

*Tipo justificado: indicar si se justifica por cuotas de régimen general o RETA (consignar R.GRAL o RETA)

En....., a de de 2025.

Fdo.:

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE LA DIPUTACIÓN DE BURGOS