



## Espacio de Iniciativas de Éxito en las Farmacias

### ● Datos del farmacéutico participante

■ Nombre y apellidos:

Domicilio:  Código Postal:

Localidad:  País:

Teléfono:  Correo electrónico:

Nº Colegiado:  SOE:

Nombre del proyecto:

Farmacia asistencial       Gestión de oficina de farmacia       Proyecto institucional

### ● Breve resumen