

## CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES DE APOYO A LAS FARMACIAS RURALES DE LA PROVINCIA DE SORIA

### PLAN SORIA 2023

### ANEXO DE JUSTIFICACIÓN

#### DATOS DEL SOLICITANTE

|                                                                 |               |          |                    |                 |  |
|-----------------------------------------------------------------|---------------|----------|--------------------|-----------------|--|
| 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 |               |          |                    |                 |  |

#### DATOS DEL REPRESENTANTE (solo personas jurídicas)

|                    |  |                    |  |           |  |
|--------------------|--|--------------------|--|-----------|--|
| Apellidos y nombre |  | DNI                |  | Tel móvil |  |
| Cargo:             |  | Correo electrónico |  |           |  |

#### DOCUMENTACIÓN APORTADA

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Anexo de justificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  | Certificado del Colegio Oficial de farmacéuticos de Soria donde conste que el establecimiento ha estado abierto al público entre la fecha de presentación de la solicitud y el 30 de octubre de 2021.                                                                                                                                                                       |
|  | <b>PARA PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  | Informe de bases y cuotas satisfechas a la Seguridad Social desde la solicitud hasta el 31 de octubre de 2023, <b>en caso de que se solicite para el trabajador autónomo titular de la farmacia</b>                                                                                                                                                                         |
|  | Justificantes de pago de los seguros sociales, documento cálculo global del trabajador entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023, nóminas del trabajador firmadas por la empresa para el periodo del 1 de enero al 31 de octubre y justificantes de pago de las nóminas, <b>en caso de que se solicite para un trabajador contratado por el titular de la farmacia</b> |



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PARA PERSONAS JURÍDICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  | En el caso de personas jurídicas informe de datos para la cotización desde el 1 de enero al 31 de octubre de 2023                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  | En caso de que se solicite para un trabajador contratado se deberá presentar justificantes de pago de los seguros sociales y el documento de cálculo global del trabajador entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2023 y nóminas del trabajador firmadas por la empresa para el período del 1 de enero al 31 de octubre de 2023, junto con sus justificantes de pago. |

En ....., a ..... de 2023

**DEPARTAMENTO DE DESARROLLO ECONÓMICO, RETO DEMOGRÁFICO Y TURISMO  
EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL DE SORIA**