Justificación del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Melilla se realizará mediante liquidación mensual con la relación de beneficiarios mediante el siguiente modelo:

Dª Isabel Arenas Cano titular del DNI núm. XX5104XXX, en calidad de presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Ciudad de Melilla, titular del CIF núm. Q2966007-C.

CERTIFICA

Que la relación de usuarios a los que se les ha dispensado medicación adheridos al programa en por parte de las Oficinas de Farmacia que colaboran con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Ciudad de Melilla en el PROGRA,MA DE AYUDAS PARA FAVORECER LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PENSIONISTAS DE MELILLA que son objeto de subvención por parte de la Consejería Políticas Sociales y Salud Pública de la Ciudad de Melilla correspondiente al mes _____ del año 2026, son los siguientes:

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS (SOLO INICIALES)	DNI/ TS2	Fecha de despacho	Código Nacional del medicamento	COSTE TOTAL (€)
1					
2					
3					
4					
5					
…/…					
Número Total usuarios					Importe total acumulado

Lo que certifico a los efectos de..... en Melilla, a ___ de _____ de 2026

Se adjuntan las facturas expedidas por las distintas Oficinas de Farmacia que participan en el programa a la presente Liquidación

Sello y firma de la Entidad Sanitaria

CVE verificable en https://bomemelilla.es