

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

**PLAN SORIA 2025**

**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 desde el 1 de enero de 2025 y hasta el 31 de octubre de 2025.
	<b>PARA PERSONAS FÍSICAS</b>
	Informe de bases y cuotas satisfechas a la Seguridad Social desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de octubre de 2025, <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 de 2025 y el 31 de octubre de 2025, nóminas del trabajador firmadas por la empresa para el periodo del 1 de enero de 2025 al 31 de octubre de 2025 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 de 2025 al 31 de octubre de 2025.
	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 de 2025 y el 31 de octubre de 2025 y nóminas del trabajador firmadas por la empresa para el período del 1 de enero de 2025 al 31 de octubre de 2025, junto con sus justificantes de pago.

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