



**SOLICITUD DE DERECHO A PAGO**  
**EXAMEN NAPLEX**

Nombre: \_\_\_\_\_  
                    APELLIDO PATERNO    APELLIDO MATERNO                      NOMBRE                      INICIAL

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELEFONO RESIDENCIAL O CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TECNICO DE LA  
JUNTA DE FARMACIA

Favor de acompañar esta solicitud con un pago por la cantidad de \$500.00. El pago puede hacerse utilizando un giro postal o bancario a nombre del Secretario de Hacienda, o a través de ATH, Visa o MasterCard.