



**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.

**PAGO NO REEMBOLSABLE**