D/Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LOCALIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROVINCIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Colegiada en ese Colegio.

SOLICITO la baja colegial por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Y declaro formalmente que no ejerzo la profesión farmacéutica en ninguna de sus modalidades en la Región de Murcia.

Asimismo deseo me envíe la certificación de baja colegial a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_

 Fdo:

Excma. Sra. Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia

C/ Jaime I El Conquistador, nº 1- entrlo.

30008 MURCIA

NOTA: Es imprescindible presentar el original de esta solicitud o bien si se hace por e-mail deberá ir firmada digitalmente.