

D^a/D _____

Farmacéutica/o, mayor de edad, con domicilio en _____

Calle _____ n^o _____

Código Postal _____ Teléfono _____

D.N.I _____, ante V.I. comparece y respetuosamente,

DECLARO:

Que habiendo presentado solicitud de alta de colegiación y la documentación preceptiva para ello, y habiendo abonado el primer plazo de la cuota de ingreso como colegiada/o en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, por el presente **ME COMPROMETO FORMALMENTE** al pago del segundo de la citada cuota de ingreso, dentro del término de tres meses desde la firma de la presente, tal y como está establecido en dicho Colegio.

Caso de no realizar dicho pago, el Colegio tendría derecho a la reclamación del mismo, quedando sometidos a los jueces y tribunales sitos en Murcia, renunciando por este escrito a cualquier otro fuero que pudiera corresponder

MURCIA, a _____ de _____ de _____

Firma:

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

C/ Jaime I el Conquistador, n^o 1
30008-MURCIA