



## COMUNICACIÓN DE BAJA

D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Titular de la Oficina de Farmacia (OF) o Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital (SFH):

\_\_\_\_\_,  
sita en: calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_,

Localidad \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Licenciado por la Facultad de Farmacia de \_\_\_\_\_ en el año \_\_\_\_\_

Colegiado número \_\_\_\_\_

### MANIFIESTA:

Su deseo de causar baja como Centro receptor en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas, de acuerdo con el Convenio firmado entre la Universidad de Murcia y el Colegio Oficial de Farmacéuticos o/y Hospitales de la Región.

Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Farmacéutico titular de la OF o Jefe del SFH y sello de la OF o SFH