

ANEXO II- SOLICITUD DE BAJA



D./D.^a _____

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 Católica de San Antonio y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia 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