



D./Dña. _____ colegiado/a nº _____

DNI nº _____

Solicita la baja en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real con fecha de efecto _____

Causa de la baja (si procede): _____

En _____ día _____ mes _____ año _____

Firmado. _____

SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE CIUDAD REAL