

D.ª/D.

con DNI \_\_\_\_\_, farmacéutica/o con el Nº de Colegiada/o \_\_\_\_\_, en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña, con dirección \_\_\_\_\_ y código postal \_\_\_\_\_

**Solicita causar BAJA en el citado Colegio Profesional, motivo:**

**Con expedición de certificado**

En \_\_\_\_\_ a día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

**Firma Farmacéutica/o**

<b>Firma Farmacéutica/o</b>