

D.^a/D. _____ ,
con DNI nº _____ , farmacéutica/o con el Nº de Colegiada/o _____ en el
Colegio Oficial de Farmacéuticos de _____

Comunica:

Que con fecha _____ de _____ de 20 _____ cesa como _____ en la oficina de
farmacia C- _____ -F de titularidad de _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____ .

Firma Farmacéutica/o

Firma Farmacéutica/o