

D./ D^a _____

con DNI _____, farmacéutico/a colegiado/a número _____

y con domicilio en _____

C.P. _____, localidad _____, provincia de _____

y con correo electrónico _____

SOLICITA:

Causar **BAJA** en el Ilmo. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Toledo, por:

Traslado a la provincia de _____.

Voluntad propia.

Otras causas _____

Se adjunta carnet de colegiado

No se adjunta el carnet de colegiado por _____

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma:

ILMO/A SR/A PRESIDENTE/A DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE TOLEDO