

D./ D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

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**