

El/la que subscriu Sr/a. ,
Farmacèutic/a, amb núm. de col·legiat/a , i amb domicili a efectes
de notificacions al carrer/plaça , de
. província de CP. ,

Exposa: que desitja ser BAIXA a tots els efectes en aquest lliure. Col·legi de
Farmacèutics per:

- Trasllet a un altre província.
- Voluntat pròpia.
- Altres causes.

Així mateix (si n'és el cas)

- Sol·licita la baixa del Socorro Farmacèutic Balear.

Per tot això,

Demana: que una vegada seguits els tràmits reglamentaris, es procedeixi a la
seva BAIXA en aquesta Corporació, lliurant-li el corresponent certificat.

Palma, a de de 20....

Sr. President del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears.