

SOLICITUD DE BAJA EN EL COFM

D./D^a.....
 número de colegiado/a con D.N.I./Pasaporte/NIE:.....
 y domicilio en (calle/avda./plaza).....nº..... piso/puerta
 del municipio deC.P.....
 provincia de.....Teléfonos de contacto.....,

EXPONE:

Que actualmente consta colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid como

.....

 (indicar modalidad de ejercicio o "no ejerciente")

en

 (indicar empresa y dirección)

y conforme a lo previsto en los Estatutos colegiales,

SOLICITA:

Causar baja en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por:

- Haber cesado/cesar en el ejercicio de las funciones propias de la profesión de Farmacéutico en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Otra causa. Especificar (por ejemplo: por no ejercer la profesión; por traslado al extranjero - indicar el país -, etc.):

.....

Conforme a lo solicitado y a los efectos de la formalización de mi baja como colegiado/a del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid:

- Se aporta la documentación que resulta necesaria para su tramitación
- Devuelve el carné de colegiado: SÍ NO (Indicar causa)

.....

Madrid,de20.....

Firmado (firma completa):