

El/la que suscribe, D./D<sup>a</sup>.....,  
Farmacéutico/a, con número de colegiado/a ....., y con domicilio a efectos de  
notificación en C/.....,  
C.P..... Provincia de ....., que ha venido ejerciendo la  
profesión como ....., a V.I. atentamente,

EXPONE: Que desea causar **BAJA** en este Iltre. Colegio Oficial por:

- Traslado a la provincia de .....
- Voluntad propia
- Otras causas .....

Asimismo,

- Solicita la Baja en la Ayuda Colegial por Fallecimiento

Es por lo que a V.I.:

SUPLICA: que teniendo en cuenta lo expuesto, se sirva, después de seguidos los  
trámites reglamentarios, darle de **BAJA** en esa Iltre. Corporación, librándole el  
correspondiente certificado.

En Granada, a ..... de.....de 20\_\_\_\_

FIRMADO,

**ILMO SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA  
PROVINCIA DE GRANADA**