

D.....  
con D.N.I....., Licenciado en farmacia, con domicilio en  
C/.....  
de la localidad de .....C.P.....de la  
provincia de.....

**EXPONE:**

Que desea causar baja como colegiado en el Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Almería,

**POR LO QUE SOLICITO**, que teniendo presentada esta instancia, y previos los trámites oportunos, se apruebe mi baja de esa corporación.

Almería, a.....de.....de.....

Fd.

ILTMA. SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE ALMERIA.