



Facultad de Farmacia de Albacete



COMUNICACIÓN DE BAJA DE LA OFICINA DE FARMACIA

DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Apellidos y nombre del Titular/es _____

Dirección _____ Código postal _____

Localidad _____ Provincia _____

E-mail _____ Teléfono _____

EXPONE

Su deseo de causar baja como centro receptor en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas, de acuerdo con el Convenio firmado entre la Universidad de Castilla La Mancha y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha.

En _____ , a ___ de _____ del _____

FIRMA DEL TITULAR Y SELLO DE LA OFICINA DE FARMACIA

Fdo _____