

# Comunicación de baja de farmacéutico/a adjunto/a de oficina de farmacia

<b>DATOS PERSONALES</b>		
Nombre y Apellidos:		
DNI:		
Titular de la oficina de farmacia PM. núm.:		
Dirección:	Localidad:	CP:
Domicilio de notificación:		
Indico la siguiente dirección electrónica..... como preferente a la hora de recibir las notificaciones relativas a este trámite.		

<b>EXPONGO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Que he contado con la colaboración de ....., con DNI ....., como farmacéutico/a adjunto/a y no requiere la necesidad que originó su contratación.</li><li>• Que se prevé la baja en fecha .....</li><li>• Que he informado previamente de esta comunicación al adjunto interesado y me ha manifestado su conformidad.</li></ul>
--

<b>COMUNICO</b> <p>La baja como farmacéutico/a adjunto/a de ..... en fecha .....</p>
--

Fecha:

[Rúbrica]