



Facultad de  
**Farmacia**  
Albacete

Universidad de Castilla-La Mancha

## 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 \_\_\_\_\_