

COMUNICACIÓN CESE DE FARMACÉUTICO
ADJUNTO/SUSTITUTO

Comunico que con esta fecha

D. / D^a

ha cesado en mi oficina de farmacia como farmacéutico

Adjunto – Sustituto. *(tachar lo que no proceda).*

Fecha y firma

Farmacia N°

Titular de la farmacia

Dirección

Localidad
