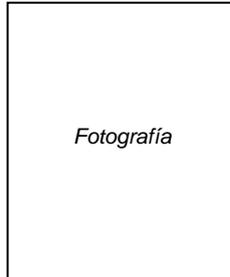


Al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Palencia.



D./Dña. _____
Nacido/a el _____ en _____
provincia de _____ con D.N.I. _____ y residente en

C/ _____
C. P. _____ Teléfono _____ e-mail: _____ con el
mayor respeto.

EXPONE: *Que posee el título o certificado del pago de tasas de expedición de _____ en Farmacia, expedido en _____ el día _____ de _____ de _____. el cual exhibe para su registro en ese Colegio Oficial y recoge para su justificación.*

Que autorizo al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Palencia a realizar las gestiones pertinentes a fin de comprobar la verificación del título.

SOLICITA: *La colegiación en ese colegio de Palencia, y la autorización para ejercer como farmacéutico con carácter de _____ en la localidad de _____ prometiendo cumplir fielmente los preceptos legales, estatutarios y acuerdos de esa Corporación.*

_____ a _____ de _____ de 2 _____.

Firma

Esta Instancia fue presentada en Secretaria, el día _____ de _____ de 2_____.

El Secretario del Colegio.

Esta Instancia fue expuesta en el Tablón de anuncios de este Colegio Oficial, durante los días _____ de _____ de 2_____ al _____ de _____ de 2_____.

El Secretario del Colegio.

Esta Instancia fue vista por la Junta de Gobierno en el día de hoy, fallando:

Palencia _____ de _____ de 2_____.

El Secretario del Colegio.

V^a B^o

El Presidente

<p style="text-align: center;">REGISTRO</p> <p>Número _____</p> <p>Fecha _____</p>

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

- **ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL TITULO DE LICENCIADO EN FARMACIA O RESGUARDO DEL MISMO (Si éste está en tramitación) PARA SU COMPULSA.**
- **FOTOCOPIA DEL CARNET DE IDENTIDAD Y DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET.**
- **CERTIFICADO DEL PARO (Si la solicitud es "SIN EJERCICIO")**
- **CERTIFICADO DE TITULARIDAD DE CUENTA BANCARIA.**
- **JUSTIFICANTE DE HABER REALIZADO EL PAGO DE LA CUOTA DE COLEGIACIÓN, O EN SU CASO, CERTIFICADO DE COLEGIACIÓN EN OTRO COLEGIO.**