

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO



A la atención del
COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID

NIF: Q2866011F.

Dirección: Calle Santa Engracia núm. 31, 28010-Madrid (Madrid).

Teléfono: 914068400.

Correo electrónico: cofm@cofm.es

Mediante el presente Formulario, el abajo firmante (Alumno) pone en conocimiento del COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID su deseo de desistir y formalizar su baja en el Curso FIRCOF de referencia, conforme a los términos y en el periodo legalmente establecidos. Al mismo tiempo solicita confirmación expresa de la aceptación de esta solicitud, a través de comunicación al efecto en la dirección postal de contacto que consta en el mismo (Datos del alumno).

Datos del CURSO-FIRCOF:

*N.º referencia / matrícula:

*Fecha de reserva de plaza:

*Fecha de matriculación:

Nombre del curso:

* (Cumplimentar lo que proceda)

Datos del alumno:

Nombre y apellidos:

DNI:

Dirección postal:

Correo electrónico:

Teléfono móvil:

En Madrid, a ____de_____ de 202__

Firma