

..... de .....de 201... -

Sres. Cámara de Farmacias del Centro Argentino

A través de la presente, solicito la baja definitiva del SERVICIO DE RESIDUOS PATÓGENOS que su entidad abona en mi nombre.

Atte.-

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:.....

DNI:.....

.....

SELLO FARMACIA