

Marca da bollo € 16,00

Spett.le
Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Ragusa
Via Archimede n. 183
97100 Ragusa

Oggetto: Istanza di cancellazione dall'Albo.

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a _____ il _____

CF.:

residente a _____ via _____

iscritto/a dal _____ al n° _____ del Registro di Anzianità.

Chiede

di essere cancellato/a dall'Albo di codesto Collegio.

Dichiara

di essere in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Albo sino alla data odierna

di non essere in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Albo

Ragusa,

In Fede