

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_, teléfono  
\_\_\_\_\_ con D.N.I. núm \_\_\_\_\_

**SE COMPROMETE A:**

Burgos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(firma)

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BURGOS.-