



SOLICITUD DE BAJA

D./Dña. _____, con DNI _____ y
colegiada nº _____, con domicilio en la calle _____,
CP _____ de _____

SOLICITA:

La baja de colegiación en el Colegio Oficial de Odontólogos de La Rioja por:

Traslado al Colegio Oficial de _____

Cese en la actividad profesional.

Logroño, _____

Firma: