



Fecha _____ N° colegiado/a _____
(Solo en el caso de ser colegiado/a)

Don / Doña: _____

DNI: _____ y número de colegiado/a _____
(Solo en el caso de ser colegiado/a)

Como PROPIETARIO / RESPONSABLE del establecimiento

Nombre del establecimiento _____

Dirección: calle, avenida, plaza _____ N° _____

Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

COMUNICA al Colegio Profesional de Ópticos-Optometristas de Aragón el:

(Marcar con una X)

☐

Cierre definitivo

☐

Cambio de propietario

de dicho establecimiento, y solicita la BAJA del mismo en la base de datos del Colegio.

En _____ a _____ de _____ de 20____

(Firma y SELLO del establecimiento)

(Sello de entrada)

Fdo. _____