



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PUERTO RICO
PO BOX 360206
SAN JUAN, PR 00936-0206

**DECLARACIÓN SOBRE SOLICITUD
DE DESCUENTO DE CUOTA ANUAL**

Año Colegial: (_____)

Yo, _____, mayor de edad, farmacéutico(a), de estado civil _____, y vecino(a) de _____, con número de seguro social _____, bajo juramento declaro:

1. Que mi nombre y demás circunstancias son las antes indicadas.
2. Que tengo sesenta y cinco (65) años de edad o más.
3. Que he sido miembro activo del Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico por los últimos veinticinco (25) años o más y mi número de licencia de farmacéutico es _____.
4. Que al presente estoy completamente retirado del ejercicio en la práctica de la profesión de farmacia y **no devengo ingresos** por concepto de ningún otro tipo de trabajo.
5. Que en el año contributivo correspondiente al año para el cual solicito el descuento de cuota anual, no rendí o no rendiré planilla de contribución sobre ingresos, haciendo constar que no devengué ingresos por concepto de trabajo.
6. Que hago esta declaración con el propósito de solicitar el 50% de descuento en la cuota anual del Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico al cual tengo derecho según disposición reglamentaria.
7. Que todo lo anterior es la verdad y me consta de propio y personal conocimiento.

Y PARA QUE ASI CONSTE, firmo libre y voluntariamente esta declaración, en el Municipio de _____, Puerto Rico, al día de hoy ____ del mes de _____ del año 20____.

Firma del Colegiado (a)

TESTIGO: El abajo firmante _____ certifica que este documento fue firmado por el Colegiado(a) en su presencia. (**Persona que firme como testigo, no puede ser familiar del Colegiado**).

Firma del Testigo

Dirección del Testigo

Autorización:

Verificado y autorizado por:

Director(a) Ejecutivo(a)

Fecha