



Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico

PO Box 360206, San Juan PR 00936-0206 * Tel. (787) 753-7157 * Fax (787) 759-9793

Tarjeta Testamentaria Designación de Beneficiarios

Fecha de Designación _____

Lic # _____

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre - Inicial
Dirección Postal	Zip Code	

Por la presente designo los beneficiarios para que le sea entregado en caso de mi fallecimiento, el donativo correspondiente conforme a las disposiciones del capítulo XII del Reglamento del Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico, que indica que para reclamar este beneficio, será necesario estar al día en el pago de la cuota de colegiación al momento de mi fallecimiento. Estos son los siguientes:

Nombre del Beneficiario	Dirección Postal	Parentesco	% Beneficio

Por la presente dispongo que si alguno de los beneficiarios designados en este formulario no me sobrevive y no hubiere yo designado otros beneficiarios, los beneficios en caso de muerte, se entregarán a mis herederos de acuerdo con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Si alguno de los beneficiarios designados hubiera fallecido en fecha posterior a mi fallecimiento, los beneficios se entregarán a los herederos del beneficiario fallecido. **En caso de que uno de los beneficiarios sea mi cónyuge, dispongo que () sea, () no sea excluido como tal en caso de divorcio.**

Firma del Colegiado

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

Dirección del Testigo

Firma del Testigo

Fecha Radicación en Oficina

SELLO OFICIAL

Firma Director Ejecutivo

NOTA: Este documento **NO** puede tener tachaduras ni borrones y tiene que ser lleno en su totalidad.
Enviar el original por correo postal o entregarlo en el Colegio. **NO** lo envíe por fax.