

Fecha de Solicitud: ____/____/____

Señores, Instituto de Previsión Farmacéutica (INPREFAR)

Yo, _____ Farmacéutico(a)
Venezolano(a) identificado(a) con la cédula N° _____, inscrito en el
M.P.P.S bajo el N° _____, en el Colegio de Farmacéuticos del _____,
bajo el N° _____, y en este Instituto bajo el N° _____; por medio de la
presente, solicito mi desincorporación por tiempo indeterminado de este Instituto
por la razón siguiente: _____

_____.

De igual manera, me comprometo a solicitar mi reactivación tan pronto regrese al
país

Atentamente,

Anexo: Documentos Necesarios

- ☐ Copia del Pasaporte
- ☐ Copia del Pasaje
- ☐ Solvencia de Inprefar