

CĂTRE
COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA
FILIALA

Subsemnatul(a)

CNP

în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciștilor din România- filiala
posesor al Certificatului de membru al CFR nr. / data _____, având:

a) Domiciliul în jud. _____, localit. _____, str. _____, nr. _____,
bl. _____ sc. _____, ap. _____, tel. Fix _____ / mobil. _____, e-mail _____,

b) locul de muncă _____;

c) cotizația achitată până la data de _____;

d) îndeplinesc condiția de pregătire profesională continuă printr-un număr de _____
pe perioada _____;

EFC

Vă solicit prin prezenta următoarele: Suspendarea calității de membru al Colegiului
Farmaciștilor din România, începând cu data de _____ pe motiv

Mă oblig ca în 30 de zile de la reluarea activității să informez Colegiul Farmaciștilor din
România- filiala

În susținerea celor solicitate anexez următoarele documente (în copie):

1. Decizia de suspendare a contractului de muncă (copie)
2. Certificatul de membru al CFR și legitimația de membru (original)

Data:

Semnătura,

*Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de către Colegiul Farmaciștilor strict în scopul prevăzut de Legea
exercitării profesiei de farmacist pe teritoriul României. *