

CĂTRE
COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA
FILIALA

Subsemnatu/a _____

CNP _____

în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciștilor din România- filiala
_____ posesor al Certificatului de membru al CFR cu 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 _____ EFC pe
perioada _____;

Vă solicit prin prezenta următoarele: Reluarea calității de membru al Colegiului
Farmaciștilor din România, începând cu data de _____ activitate pe care am intrerupt-o
în data de _____ motivul _____

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

1. Actul adițional CIM (copie);
2. Certificatul de membru al CFR și legitimația de membru (original);
3. Chitanța privind achitarea cotizației pe anul în curs (se achită pe loc la depunerea documentelor);
4. Asigurarea de malpraxis valabilă pe anul în curs.

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.