CĂTRE

 COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

 FILIALA

 Subsemnatul(a) , în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciștilor din România- filiala din anul , 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 prefesională 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

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

1. Actul adțional 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.