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: Suspendarea calității de membru al Colegiului Farmaciștilor din România, începând cu data de . 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.