

Inregistrat
Colegiul Farmaciștilor București
Nr...../data.....

**Către
Colegiul Farmaciștilor din București**

Subsemnatul (a) _____ cu domiciliul în

_____ telefon
_____ e-mail _____ angajat la
_____ în calitate de _____, membru al
Colegiului Farmaciștilor din România din anul _____, posesor al Certificatului de membru
al C.F.R. seria ____ nr. _____ din data de _____, solicit eliberarea Certificatului
Profesional Curent în vederea:

- exercitării profesiei în afara granițelor României;
- întocmirii dosarului de înscriere la examen de promovare profesională sau concurs de ocupare a unui post vacant de farmacist.

.....

Anexez următoarele:

1. copie a diplomei/diplomelor de licență (inclusiv pentru o a doua calificare relevantă);
2. copie a Certificatului de membru al Colegiului Farmaciștilor din România;
3. copia actului de identitate sau a pașaportului;
4. copii ale documentelor privind specialitățile obținute (farmacist primar sau specialist);
5. dovada achitării taxei - 10% din salariul minim pe economie

Data _____

SEMNĂTURA _____

***Sunt de acord ca datele mele personale sa fie prelucrate de catre Colegiul Farmacistilor din Romania, strict in scopul prevazut de Legea 95/2006, titlul privind exercitarea profesiei de farmacist pe teritoriul Romaniei.**