

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

**Către  
Colegiul Farmaciștilor din București**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciștilor din România din anul \_\_\_\_\_ posesor al Certificatului de membru CFR cu seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ /data \_\_\_\_\_, având:

a) Domiciliul în jud. \_\_\_\_\_ localit. \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, tel. Fix \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;

b) cotizația achitată până la data de \_\_\_\_\_;

c) îndeplinesc condiția de pregătire profesională continuă printr-un număr de \_\_\_\_\_ EFC pe perioada \_\_\_\_\_;

vă solicit prin prezenta, transferul de la Colegiul Farmaciștilor din București la Colegiul Farmaciștilor din județul ..... începând cu data de \_\_\_\_\_ .

În susținerea celor solicitate anexez în copie următoarele documente:

1. Act de identitate
2. Dovada achitării cotizației
3. Certificat de membru al CF din România
4. Dovada orelor EFC acumulate

*Data:* .....

*Semnătura,*