

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

**Către
Colegiul Farmaciștilor din România**

Subsemnatul(a) _____, în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciștilor din România din anul _____ 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 date 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 _____, calitate pe care o am suspendata din data de pentru motivul

.....
În susținerea celor solicitate anexez următoarele documente:

1. Act adițional la Contractul Individual de Munca privind încetarea suspendării (copie)
2. Chitanța privind achitarea cotizației pentru lunile rămase până la sfârșitul anului (se achită pe loc la depunerea documentelor).
3. Asigurarea de malpraxis valabilă.

Data:

Semnătura,