

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

**Către
Colegiul Farmaciștilor București**

Subsemnatul(a) _____, în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciștilor din România din anul _____, posesor al Certificatului de membru al CFR seria. _____ 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 data de _____;

d) îndeplinesc condiția de pregătire profesională 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 _____ pentru urmatorul motiv _____

Mă oblig ca în 30 de zile de la reluarea activității să informez Colegiul Farmaciștilor din România

În susținerea celor solicitate anexez următoarele documente :

1. Decizia de suspendare a contractului de munca (in copie)
2. Certificatul de membru al CFR (in original – ramane in responsabilitatea Colegiului Farmacistilor Bucuresti)

Data:

Semnătura,