

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 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 _____

În susținerea celor solicitate anexez următoarele documente (în copie):

1. Actul adițional CIM (copie);
2. Certificatul de membru al CFR și legitimația de membru (original);
3. Chitanța privind achitarea cotizației pe anul în curs (se achită pe loc la depunerea documentelor);
4. Asigurarea de malpraxis valabilă pe anul în curs.

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.