

CĂTRE  
COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA  
FILIALA \_\_\_\_\_

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_

CNP \_\_\_\_\_ ,

în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciștilor din România- filiala \_\_\_\_\_

posesor al Certificatului de membru al CFR 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 \_\_\_\_\_ pe motiv \_\_\_\_\_

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

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

1. Decizia de suspendare a contractului de muncă (copie)

2. Certificatul de membru al CFR și legitimația de membru ( original)

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.