

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul Argeș

Nr. _____ din _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL ARGEȘ

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____, telefon _____, e-mail _____, angajat la _____, în calitate de _____, membru al Colegiului Farmaciștilor din România din anul _____, posesor al Certificatului de membru al C.F.R. seria _____, cu numărul _____, din data de _____, solicit eliberarea Certificatului Profesional Curent în vederea:

<input type="checkbox"/>	Exercitării profesiei în afara granițelor României – Țară Destinație- _____
<input type="checkbox"/>	Întocmirii dosarului pentru promovare profesională sau pentru ocuparea unui post de farmacist - _____
<input type="checkbox"/>	Întocmirii dosarului pentru ocuparea unui post de farmacist șef - _____
<input type="checkbox"/>	Înființare farmacie/drogherie în localitate - _____

Data

Semnătură

