

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul Argeș

Nr. _____ din _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL ARGEȘ

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____,
telefon _____, e-mail _____, identificat prin _____
serie _____ număr _____ emis la data _____ de _____, având Codul
Numeric Personal _____, posesor al **Certificatului de membru al C.F.R. seria**
_____, **cu numărul _____**, **din data de _____** — cu cotizația anuală achitată
până la data de _____, având un număr de _____ puncte de Educație Farmaceutică
Continuă până la data de _____, vă solicit prin prezenta **transferul**, de la Colegiul Farmaciștilor
din județul _____ la Colegiul Farmaciștilor din județul _____,
începând cu data _____.

Data

Semnătură