

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul _____

Nr. _____ din _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL _____

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în

_____,

telefon _____, e-mail _____, posesor al Certificatului de

membru al C.F.R. seria _____, cu numărul _____, din data de _____, vă

solicit prin prezenta **reluarea** calității de membru al Colegiului Farmaciștilor din România începând cu data

de _____, activitate întreruptă din _____ pentru motivul

_____.

Începând cu data _____ îmi exercit profesia de farmacist la

_____, în calitate de

_____.

Atașez în copie prezentei cereri următoarele documente:

1. Certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România;
2. Documentul atestator cu privire la achitarea cotizației de membru;
3. Asigurarea de malpraxis valabilă;
4. Dovada/Dovezile de îndeplinire a condiției de pregătire profesională continuă print-un număr de _____ puncte de Educație Farmaceutică Continuă.

Data

Semnătură