

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul _____

Nr. _____ din _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____, t
elefon _____, 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 _____** angajat la
_____, în calitate de _____,
_____, vă solicit prin prezenta **a emite un certificat membru**
duplicat.

Atașez în vederea emiterii certificatului **duplicat** de membru al Colegiului Farmaciștilor din România următoarele documente:

1. Copie certificat de membru inițial;
2. Copie anunț în mass-media (ziar local, național, etc);
3. Dovada achitării taxei;

Data

Semnătură