

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul _____

Nr. _____ din _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

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** _____ 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