

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 _____ angajat la

_____, în calitate de

_____, vă solicit prin prezenta **suspendarea** calității de membru al

Colegiului Farmaciștilor din România începând cu data de _____ pentru motivul

_____.

Prin prezenta mă oblig ca înaintea reluării activității să informez Colegiul Farmaciștilor din România.

Data

Semnătură