

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul _____

Nr. _____ din _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL _____

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