Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul SUCEAVA

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Către,

**COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL SUCEAVA**

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 calitatea 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 |