

**CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL
FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA**

(se completează de către farmacist)

**TAXA ÎNSCRIERE CFR = 10% DIN SALARIUL
MINIM PE ECONOMIE**

CĂTRE

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL

Subsemnatul (a) _____ născut
(ă) la data de _____ în localitatea _____ județul _____
_____, cu domiciliul în localitatea _____ str. _____
_____ nr. _____ bl. _____ ap. _____, posesor/oare a BI/CI seria _____ nr.
_____, CNP _____ angajat/ă în funcția de _____ la SC
_____ din localitatea _____,

prin prezenta

vă rog să binevoiți a-mi analiza dosarul în vederea emiterii Certificatului de Membru al Colegiul Farmaciștilor din România.

Anexez în acest sens următoarele documente:

1. cerere de înscriere în Colegiul Farmaciștilor din România (formular tip);
2. titlul de calificare în profesia de farmacist (diploma de licență - copie legalizată sau adeverința de absolvent – original);
4. cazier judiciar (original);
5. certificat de sănătate care să ateste starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de farmacist, cu viza medicului psihiatru
7. declarație pe proprie răspundere privind inexistența unei situații de incompatibilitate și a faptului că la absolvirea facultății a depus jurământul (formular tip);
8. copie act de identitate;
9. copie certificat de căsătorie;

Menționez că am achitat următoarele taxe (taxele se achită pe loc în momentul depunerii dosarului):

- cotizația pe anul în curs (conform Deciziei nr.3/2008 a Colegiului Farmaciștilor din România (pentru lunile ramase pana la sfârșitul anului calendaristic)
- taxa pentru înscrierea în colegiu (10% din salariul minim pe economie).

Declar pe propria răspundere că nu sunt membru al Colegiului Farmaciștilor din niciun alt județ.

Data: _____

Semnătura,

DATE DE CONTACT - nr telefon..... e-mail

Notă: Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de către Colegiul Farmaciștilor din România, strict în scopul prevăzut de Legea 95/2006, titlul privind exercitarea profesiei de farmacist pe teritoriul României.

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a) _____ farmacist, declar pe propria răspundere că:

1. nu exercit profesia de medic;
2. nu am suferit nici o condamnare prevăzută în Legea nr. 95/2006 ;
3. nu exercit nici o ocupație de natură a aduce atingere demnității profesiei de farmacist sau bunelor moravuri, ca:
 - comercializarea de băuturi alcoolice;
 - comercializarea de țigări;
 - colaborarea la vânzarea unor publicații care aduc atingere bunurilor moravuri;
2. am depus jurământul profesional la absolvirea facultății de farmacie.

Data: _____

Semnătura,

**CERERE CĂTRE CFR – ELIBERARE CERTIFICAT
DE MEMBRU**

(se completează de către colegiul teritorial)

**CERERE CĂTRE CFR –
ELIBERARE DUPLICAT
CERTIFICAT DE MEMBRU
(în caz de pierdere/deteriorare)**

(se completează de către colegiul județean)

TAXĂ ELIBERARE DUPLICAT CERTIFICAT = 100 LEI

Se achită în contul Colegiului Județean

CERERE – SOLICITARE
CERTIFICAT PROFESIONAL CURENT
(se completează de către farmacist)

Cererea CPC este încă o ocazie să completați/actualizați dosarul profesional al farmacistului, păstrat la Colegiu județean. În cazul în care unele documente vă lipsesc la dosarul farmacistului, puteți cere să anexeze la cerere următoarele documente:

1. copie a diplomei/ de licență, certificatul de farmacist specialist, adeverința de farmacist primar
2. copia actului de identitate ,a pașaportului, a certificatului de căsătorie, etc....

TAXĂ ELIBERARE
CERTIFICAT PROFESIONAL CURENT = 100 LEI
Se achită în contul Colegiului Județean

Înregistrat
Colegiul Farmaciștilor din Județul.....
Nr...../data.....

Către
Colegiul Farmaciștilor din

Subsemnatul (a) _____ cu domiciliul în

_____ telefon _____ e-mail
_____ angajat la _____ în calitate
de _____, membru al Colegiului Farmaciștilor din România din anul _____,
posesor al Certificatului de membru al C.F.R. seria ____ nr. _____ din data de
_____, solicit eliberarea Certificatului Profesional Curent în vederea:

- exercitării profesiei în afara granițelor României;
- întocmirii dosarului de înscriere la examen de promovare profesională sau concurs de ocupare a unui post vacant de farmacist la
- înființare farmacie cu circuit deschis/închis în loc.

Anexez dovada achitării taxei

Data _____

SEMNĂTURA _____

Notă : Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de către Colegiul Farmaciștilor din Romania, strict în scopul prevăzut de Legea 95/2006, titlul privind exercitarea profesiei de farmacist pe teritoriul României.

**CERERE CĂTRE CFR - ELIBERARE CERTIFICAT
PROFESIONAL CURENT**

(se completează de către colegiul teritorial)

ANTET Colegiul teritorial..
Nr...../data.....

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL

Către,
COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA
BIROUL EXECUTIV

Prin prezenta, vă rugăm a proceda la eliberarea Certificatului Profesional Curent pt. dl./d-na
farmacist

Menționăm că solicitantul(a) a depus la sediul nostru documentația completă, conform
prevederilor Deciziei nr. 1/2007 a Consiliului Național al Colegiului Farmaciștilor din România,
înregistrată cu nrdata.....

Date personale ale farmacistului:

Nume inițiala tatălui

Prenume

Cetățenie (inclusiv dubla cetățenie).....

CNP:

Sex M []/F [];Data nașterii: (ZZ/LL/AAAA)

Certificat de membru al C.F.R. seria nr din data de

Calificarea primară în profesie:

Instituția de învățământ superior absolvită (denumire, localitate, data obținerii)

.....

.....

Data obținerii calificării (absolvire sau licență) - (ZZ/LL/AAAA)

.....

Diploma Seria nr, denumirea calificării **FARMACIE**

Adev. nr.....din data..... denumirea calificării **FARMACIE**

Se completează pentru o a doua calificare relevantă:

Instituția de învățământ superior absolvită (denumirea acesteia, localitatea)

.....

.....

Data obținerii calificării (absolvire sau licență) - (ZZLLAAA) _____

Diploma, seria _____, numărul _____; Denumirea calificării (titlul)

.....

Date cu privire la formele de învățământ postuniversitar absolvite:

• specialitatea/specialitățile (denumire - titlul oficial de calificare al specialității, listat pentru România de Directiva 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului, certificate nr. din data).....

• grad profesional (farmacist, farmacist rezident, farmacist specialist, farmacist primar / data obținerii)

Adresa locului de muncă – în absență, adresa de domiciliu:

Date privind dreptul de exercitare a profesiei - sancțiuni

[..] Solicitantul nu figurează în evidențele noastre ca fiind decăzut din dreptul de exercitare a profesiei de farmacist;

[..] Solicitantul figurează în evidențele noastre ca fiind decăzut din dreptul de exercitare a profesiei de farmacist pe o durată de, respectiv pe perioada

În vederea:

exercitării profesiei în afara granițelor României

întocmirii dosarului de înscriere la examen de promovare profesională sau concurs de ocupare a unui post vacant de farmacist. la

înființare farmacie / drogherie în localitatea

PREȘEDINTE

Nume și prenume
Semnătura

Notă: Dacă farmacistul a avut întrerupere în exercitarea profesiei, se trece ca mențiune în această cerere perioada în care farmacistul și-a exercitat profesia. Această perioadă va fi menționată și pe Certificatul Profesional Curent emis de CFR

**CERERE -TRANSFER ÎN ALT COLEGIU
TERITORIAL**

(se completează de către farmacist)

Înregistrat
Colegiul Farmaciștilor din Județul.....
Nr...../data.....

**Către
Colegiul Farmaciștilor din**

Subsemnatul(a) _____, în calitate
de farmacist, membru al Colegiului Farmaciștilor din România din anul _____ posesor al
Certificatului de membru CFR cu seria _____ nr _____ /data _____, având:

a) Domiciliul în jud. _____ localit. _____ str.

_____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____,

b) tel. fix _____ mobil _____

e-mail _____;

c) cotizația achitată până la date de _____

d) îndeplinesc condiția de pregătire profesională continuă printr-un număr de _____ EFC
pe perioada _____;

vă solicit prin prezenta, transferul de la Colegiul Farmaciștilor din județul
la Colegiul Farmaciștilor din județul începând cu data de _____.

Data:

Semnătura,

NOTA DE TRANSFER



COLEGIUL FARMACIȘTILOR

Str......

Tel:.....

E-mail :

www.....

NOTĂ DE TRANSFER

Nr *din*

NR CRT	FARMACIST	
1	DOMICILIUL	
2	ANUL DE INSCRIERE IN C.F	
3	CERTIFICAT DE MEMBRU SERIE/NUMAR/DATA ELIBERARE	
4	ABATERI DE LA DEONTOLOGIE	
5	COTIZATIA DE MEMBRU C.F.R. PENTRU ANUL CURENT	
6	PREGATIRE POSTUNIVERSITARA ORE DE EDUCATIE FARMACEUTICA CONTINUA CUMULATE IN CURSUL ANULUI CURENT	
7	FUNCTII OCUPATE IN C.F.	
8	ALTE MENTIUNI	

PREȘEDINTELE

COLEGIULUI FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL

Nume și Prenume
Semnătura

**CERERE - SUSPENDAREA CALITĂȚII DE
MEMBRU**

(se completează de către farmacist)

Către
Colegiul Farmaciștilor din

Subsemnatul(a) _____, posesor
al Certificatului de membru al CFR seria. _____ nr. _____ / data _____, domiciliul în
jud. _____ localit. _____ str.
_____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____, tel. Fix
_____ mobil _____ e-mail _____

b) locul de muncă _____;

Vă solicit prin prezenta suspendarea calității de membru al Colegiului Farmaciștilor din
România începând cu data de _____ pe motiv

Mă oblig să informez Colegiul Farmaciștilor din România înaintea reluării activității.

Data:

Semnătura,

CERERE - RELUAREA CALITĂȚII DE MEMBRU

(se completează de către farmacist)

- se achită cotizația pentru lunile ramase până la sfârșitul anului calendaristic
- se atașează polița malpraxis valabilă până la sfârșitul anului calendaristic

Înregistrat
Colegiul Farmaciștilor din Județul.....
Nr...../data.....

**Către
Colegiul Farmaciștilor din România**

Subsemnatul(a) _____ posesor al
Certificatului de membru al CFR cu nr. _____ / data _____, domiciliul în jud.
_____ localit. _____ str. _____
nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____, tel. Fix _____ mobil
_____ e-mail _____

Vă solicit prin prezenta, reluarea calității de membru al Colegiului Farmaciștilor din
România, începând cu data de _____ activitate pe care am întrerupt-o în data
de.....având ca motiv _____

Începând cu data deimi exercit profesia de farmacist la
localitateaîn funcția de cu norma de ore/zi

Anexez în copie următoarele documente:

1. Certificatul de membru al CFR ;
2. Dovada achitării cotizatiei pentru anul în curs ;
3. Asigurarea de malpraxis valabilă pentru anul în curs.
4. Documente care atestă îndeplinirea condiției de pregătire profesională continuă
aferește perioadei/lunilor lucrate din anul suspendării

Număr de _____ EFC pentru perioada _____

Data:

Semnătura,

FIȘA INDIVIDUALĂ A FARMACISTULUI

pentru anul

se completează de către farmacist odată pe an, se depune la Colegiul teritorial la vizarea anuală a certificatului de membru

ultimele 2 rânduri ale fișei (EFC realizat) se completează de către farmacistul din colegiul teritorial care evaluează dosarul pentru viza anuală

Modificările ce intervin în timpul anului, ulterior depunerii fișei farmacistului, se transmit Colegiului teritorial în timp real, ca informare scrisă și semnată de farmacist, depusă personal sau prin e-mail ca document atasat și se păstrează la dosarul farmacistului

FIȘA INDIVIDUALĂ A FARMACISTULUI pentru anul

Nume, Prenume inițiala tatălui

nume înainte de căsătorie

absolvent al U. M. F. în anul

născut la data de în localitatea, jud.

CNP:

domiciliul în localitatea, str. nr., jud.

Date personale de contact:

mobil adresă de e-mail

Sunteți de acord ca datele mele de contact să fie cunoscute în rândul farmaciștilor? DA NU

Certificat de membru: seria : nr. eliberat la data de

Grad profesional în specialitatea

Farmacist rezident **DA** **NU** în specialitatea anul la

Titlul științific

Legitimția de membru: nr.

Angajat în funcția de la:

- farmacia localitatea Contract Muncă- data angajăriinr.ore/zi ...

- farmacia localitatea Contract Muncă- data angajăriinr.ore/zi ...

- depozit localitatea Contract Muncă- data angajăriinr.ore/zi ...

- producție localitatea Contract Muncă- data angajăriinr.ore/zi ...

- altele localitatea Contract Muncă- data angajăriinr.ore/zi ..

Asigurare malpraxis:

Asiguratornumăr asigurareperioada asigurării

Cotizația pentru anul 2018 a fost achitată în data de în contul Colegiului Farmaciștilor din județul deschis la Banca

- *Declar pe proprie răspundere că nu au intervenit modificări în ce privește nedemnitățile și incompatibilitățile.*

- *Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de către Colegiul Farmaciștilor strict în scopul prevăzut de Legea exercitării profesiei de farmacist pe teritoriul României*

Județul. Data

.....

Semnătura farmacistului

.....

EFC realizat în 2017 **EFC de reportat în 2018**

Farmacist evaluator

Semnătura