Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul \_\_\_\_\_\_\_

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

Către,

**COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu domiciliul în *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, angajat la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, membru al Colegiului Farmaciştilor din România din anul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al Certificatului de membru al C.F.R. seria \_\_\_\_, cu numărul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit eliberarea Certificatului Profesional Curent în vederea:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exercitării profesiei în afara granițelor României – Țară Destinație- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Întocmirii dosarului pentru promovare profesională sau pentru ocuparea unui post de farmacist - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Întocmirii dosarului pentru ocuparea unui post de farmacist șef - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Înființare farmacie/drogherie în localitate - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Semnătură |