

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 in 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 sa fie prelucrate de către Colegiul Farmaciștilor din România, strict in scopul prevăzut de Legea 95/2006, titlul privind exercitarea profesiei de farmacist pe teritoriul României.

CĂTRE
COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA
- FILIALA SIBIU -

Subsemnatul(a) _____,
alte nume _____ născut(ă) la data de _____ în
localitatea _____ județul _____,
posesor(are) a B.I./ C.I. seria _____ nr. _____ eliberat(ă) de Poliția
Municipiului _____ la data de
_____, CNP _____,

- **cu domiciliul stabil** în județul _____
localitatea _____ str. _____
nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____,

- **domiciliul flotant** în județul Sibiu localitatea _____
str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap.
_____,

- **tel. fix** _____ **mobil** _____

- **adresa de e-mail** _____

- absolvent(ă) al(a) Facultății de Farmacie _____
promoția _____ cu diploma seria _____ nr. _____ adeverința nr.
_____ din data de _____,

- angajat în funcția de _____ la SC _____
din localitatea _____ începând cu
data de _____.

*Vă rog să binevoiți a mă primi ca membru al Colegiului Farmaciștilor din
România – filiala Sibiu.*

*Declar pe propria răspundere că nu mai sunt membru al nici uneia dintre
filialele județene ale Colegiului Farmaciștilor din România.*

Data: _____

Semnătura,

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,