

**CĂTRE**  
**COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA**  
**FILIALA DOLJ**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_  
născut (ă) la data de \_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_  
județul \_\_\_\_\_, cu domiciliul în județul \_\_\_\_\_, 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 benvoiți a-mi analiza dosarul în vederea emiterii Certificatului de înregistrare în Colegiul Farmaciștilor din România.

Anexez în acest sens următoarele documente:

1. cerere de înscriere
2. titlul de calificare în profesia de farmacist, în sensul Legii 95/2006 Titlul XIV
3. dovada exercitării profesiei de farmacist în ultimii 5 ani, respectiv adeverință de la locul de muncă, copie a cărții de muncă, dacă este cazul
4. cazier judiciar
5. certificat de sănătate care să ateste starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de farmacist. Certificatul medical va fi vizat inclusiv de medicul psihiatru
6. declarație pe proprie răspundere privind inexistența unei situații de incompatibilitate
7. copie act de identitate și copie certificat de căsătorie, dacă este cazul
8. chitanța privind achitarea taxei de intrare în cadrul Colegiului Farmaciștilor din România, care reprezintă 10% din salariu minim pe economie, care se achită la Colegiul Județean al Farmaciștilor
9. dovada efectuării a 40 ore de educație farmaceutică continuă.

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

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura,

\_\_\_\_\_

**CĂTRE**  
**COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA**  
**FILIALA DOLJ**

*Subsemnatul(a)* \_\_\_\_\_,  
*născut(ă) la data de* \_\_\_\_\_ *în localitatea* \_\_\_\_\_  
*județul* \_\_\_\_\_, *posesor(are) a B.I./ C.I. seria* \_\_\_\_\_ *nr.*  
\_\_\_\_\_ *eliberat(ă) de Poliția Orașului* \_\_\_\_\_ *la data*  
*de* \_\_\_\_\_, *CNP* \_\_\_\_\_, *cu domiciliul stabil în*  
*județul* \_\_\_\_\_ *localitatea* \_\_\_\_\_ *str.*  
\_\_\_\_\_ *nr.* \_\_\_\_\_ *bl.* \_\_\_\_\_ *sc.* \_\_\_\_\_ *ap.*  
\_\_\_\_\_, *tel.* \_\_\_\_\_ *mobil* \_\_\_\_\_  
*absolvent(ă)* \_\_\_\_\_ *al(a)* \_\_\_\_\_ *Facultății* \_\_\_\_\_ *de* \_\_\_\_\_ *Farmacie*  
\_\_\_\_\_ *promoția* \_\_\_\_\_ *cu diploma seria*  
\_\_\_\_\_ *nr.* \_\_\_\_\_, *angajat în funcția de farmacist* \_\_\_\_\_ *la SC*  
\_\_\_\_\_ *din localitatea* \_\_\_\_\_ *începând cu data*  
*de* \_\_\_\_\_, *vă rog să binevoiți a mă primi ca membru al Colegiului*  
*Farmacivilor din România – filiala Dolj.*

*Declar pe propria răspundere că nu mai sunt membru al nici uneia dintre*  
*filialele județene ale Colegiului Farmacivilor 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, Titlul XIV art. 562;
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;

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura,