

Dosarul cuprinde actele aferente și cu un CD cu copie după CI, adeverință de la facultate în original sau diploma de licență și o poză în format JPEG.

Pentru relații suplimentare apălați **0729 491 407**.

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,