

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
Farmacienților din România – filiala Dolj.

Declar pe propria răspundere că nu mai sunt membru al nici uneia dintre
filialele județene ale Colegiului Farmacienților 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,