**CERERE -TRANSFER ÎN ALT COLEGIU TERITORIAL**

**(se completează de către farmacist)**

 Inregistrat

 Colegiul Farmaciștilor București

 Nr…..../data………….

**Către**

**Colegiul Farmaciştilor din București**

 Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciştilor din România din anul \_\_\_\_\_\_\_posesor al Certificatului de membru CFR cu seria\_\_\_\_\_nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , având:

 a) Domiciliul în jud. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ localit. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, tel. Fix \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 b) cotizaţia achitată până la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 c) îndeplinesc condiţia de pregătire profesională continuă printr-un număr de \_\_\_\_\_ EFC pe perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 vă solicit prin prezenta, transferul de la Colegiul Farmaciştilor din București la Colegiul Farmaciştilor din județul ..................... începând cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 În susţinerea celor solicitate anexez în copie următoarele documente:

1. Act de identitate

2. Dovada achitării cotizaţiei

3. Certificat de membru al CF din România

4. Dovada orelor EFC acumulate

***Data: .............. Semnătura,***