**CERERE - RELUAREA CALITĂŢII DE MEMBRU**

 **(se completează de către farmacist)**

* + se achită cotizația pentru lunile ramase până la sfârșitul anului

 Inregistrat

 Colegiul Farmaciștilor București

 Nr…..../data………….

**Către**

**Colegiul Farmaciştilor din România**

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

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

 b) locul de muncă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 c) cotizaţia achitată până la date de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

Vă solicit prin prezenta următoarele: **Reluarea calităţii de membru** al Colegiului Farmaciştilor din România, începând cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , calitate pe care o am suspendata din data de .............................. pentru motivul ..................................................................................................

În susţinerea celor solicitate anexez următoarele documente:

1. Act aditional la Contractul Individual de Munca privind incetarea suspendarii (copie)
2. Chitanta privind achitarea cotizatiei pentru lunile ramase pana la sfarsitul anului (se achita pe loc la depunerea documentelor).
3. Asigurarea de malpraxis valabila.

***Data: .............. Semnătura,***