**CERERE - SUSPENDAREA CALITĂŢII DE MEMBRU**

**(se completează de către farmacist)**

 Inregistrat

 Colegiul Farmaciștilor București

 Nr…..../data………….

**Către**

**Colegiul Farmaciştilor București**

 Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , în calitate de farmacist, membru al Colegiului Farmaciştilor din România din anul \_\_\_\_\_\_\_,posesor al Certificatului de membru al CFR seria. \_\_\_\_\_\_\_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 data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

 Vă solicit prin prezenta următoarele: **Suspendarea calităţii de membru** al Colegiului Farmaciştilor din România, începând cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pentru urmatorul motiv\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mă oblig ca în 30 de zile de la reluarea activităţii să informez Colegiul Farmaciştilor din România

 În susţinerea celor solicitate anexez următoarele documente :

1. Decizia de suspendare a contractului de munca (in copie)

2. Certificatul de membru al CFR (in copie)

***Data: .............. Semnătura,***