

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

Către,

**COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL \_\_\_\_\_**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ cu domiciliul în

\_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, identificat prin \_\_\_\_\_

serie \_\_\_\_\_ număr \_\_\_\_\_ emis la data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, având Codul

Numeric Personal \_\_\_\_\_, posesor al **Certificatului de membru al C.F.R. seria**

\_\_\_\_\_, **cu numărul \_\_\_\_\_, din data de \_\_\_\_\_** cu cotizația anuală achitată până

la data de \_\_\_\_\_, având un număr de \_\_\_\_\_ puncte de Educație Farmaceutică Continuă până

la data de \_\_\_\_\_, vă solicit prin prezenta **transferul**, de la Colegiul Farmaciștilor din județul

\_\_\_\_\_ la Colegiul Farmaciștilor din județul \_\_\_\_\_, începând cu

data \_\_\_\_\_.

Data

Semnătură