

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

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

Către,

## COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

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 \_\_\_\_\_** angajat la \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, vă solicit prin prezenta **a emite un certificat membru duplicat.**

Atașez în vederea emiterii certificatului **duplicat** de membru al Colegiului Farmaciștilor din România următoarele documente:

1. Copie certificat de membru inițial;
2. Copie anunț în mass-media (ziar local, național, etc);
3. Dovada achitării taxei;

Data

Semnătură