



COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN BUCUREȘTI

Adresă: Str. Armenească nr. 21A, sector 2

Telefon: 0213171344

E-mail: office@cfbucuresti.ro

Website: <https://www.cfbucuresti.ro/>

Nr. _____ din data de _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____, telefon _____, e-mail _____, identificat prin B.I./C.I./alte serii _____, număr _____, eliberat/ă de _____ la data de _____, având CNP _____, solicit prin prezenta analiza dosarului pentru **emiterea Certificatului de Membru al Colegiului Farmaciștilor din România.**

Atașez următoarele documente, conform prevederilor Legii 95/2006, Titlul XIV:

1. Documente care atestă formarea în profesie;
2. Certificatul de sănătate (formular A5);
3. Declarație pe proprie răspundere privind îndeplinirea condițiilor prevăzute de art. 572 și 573 din Legea 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății;
4. Certificat de cazier judiciar;
5. Documentul de identitate (act de identitate, certificat de căsătorie, etc);
6. Dovada achitării taxei de înscriere, stabilită prin decizie a CFR;
7. Dovada achitării cotizației anuale de membru pentru perioada rămasă până la data de 31 decembrie a anului în curs.

Data

Semnătura,

Subsemnatul/a _____, îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Colegiul Farmaciștilor din România și Colegiul Farmaciștilor din _____, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016, pe toată durata existenței calității mele de membru al CFR sau atât timp cât am/voi avea nevoie de documente eliberate de către Colegiul Farmaciștilor din _____ pentru a exercita profesia.

Prin completarea și semnarea prezentului document, eu – semnatarul – confirm că am citit, am fost informat corect, complet, precis, am luat la cunoștință și am înțeles pe deplin atât scopul prelucrării datelor cu caracter personal cât și drepturile de care beneficiaz conform prevederilor legale aplicabile, respectiv: dreptul de a fi informat, dreptul de acces, dreptul la rectificare, dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016.

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul
în _____,
telefon _____, e-mail _____,
identificat prin B.I./C.I./alte serie _____, număr _____, eliberat/ă de
_____ la data _____, de _____, având C.N.P.
_____, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire
la falsul în declarații, **declar pe proprie răspundere**, că:

- ✓ Nu exercit profesia de medic
- ✓ Nu exercit nici o ocupație de natură a aduce atingere demnității profesiei de farmacist sau bunelor moravuri, conform Codului deontologic al farmacistului
- ✓ Am depus jurământul profesional la absolvirea Facultății de Farmacie.

Data

Semnătura,