

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

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

Către,

## COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL SIBIU

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