

ASOCIAȚIA NAȚIONALĂ A FARMACIȘTILOR DE SPITAL DIN ROMÂNIA
--

CERERE DE ADEZIUNE

Subsemnatul/Subsemnata _____ ,
posesor al¹: _____ seria __ , numărul _____ , de profesie farmacist, în
conformitate cu Legea 95/2006 cu completările ulterioare, doresc să devin
membru(a) al/a Asociației Naționale a Farmaciștilor de Spital din România
(A.N.F.S.R.).

Declar pe proprie raspundere că am luat la cunostință prevederile
statutului A.N.F.S.R. și că îmi asum obligațiile care decurg din calitatea de
membru al A.N.F.S.R. conform prevederilor statutului și înțeleg să
beneficiez de toate drepturile aferente.

Totodata declar că datele furnizate corespund realității și mă angajez
să comunic în scris către A.N.F.S.R. orice modificare survenită.

Data:

Semnatura:

¹ Dupa caz: CI, BI sau Pasaport

**ASOCIAȚIA NAȚIONALĂ A
FARMACIȘTILOR DE SPITAL DIN ROMÂNIA**

CERERE DE ADEZIUNE

Informații personale (în conformitate cu CI anexat în copie)			
Numele și prenumele			
Domiciliul stabil			
Informații personale (în conformitate cu diploma de licență anexată în copie)			
Centrul universitar		Anul	
Nivelul profesional la momentul înscrierii			
Student	Farmacist rezident	Farmacist primar	
Farmacist	Farmacist specialist	Farmacist pensionar	
Informații profesionale (în conf. cu certificatul de membru al CFR anexat în copie)			
Membru al Colegiului Farmacistilor din:			
Certificat (seria și numărul):			
Funcția deținută ² :			
Informații legate de activitatea desfășurată			
Date despre Angajator			
Denumirea:			
Cod fiscal:		Nr. Reg.	
Reprezentant legal:			
Adresa			
Telefon			
E-mail			
Funcția deținută			
Date de contact			
Adresa de corespondență			
Telefon			
E-mail			

Data:

Semnatura:

² Se va preciza funcția deținută în cadrul Colegiului (dacă este cazul). Dacă nu este cazul se va menționa acest lucru în scris