



CERERE – SOLICITARE
CERTIFICAT PROFESIONAL CURENT
(se completează de către farmacist)

Documente anexate cererii:

- Copie conformă cu originalul a diplomei de licență
- Copie conformă cu originalul a Certificatului de membru al Colegiului Farmaciștilor din România
- Copie conformă cu originalul a actului de identitate sau a pașaportului
- Copie conformă cu originalul a certificatului de căsătorie, dacă este cazul
- Copii conforme cu originalul ale documentelor privind specialitățile obținute - Dovada achitării taxei pentru obținerea CPC

TAXĂ ELIBERARE CERTIFICAT PROFESIONAL CURENT = 150 LEI (în conformitate cu Decizia nr.1/21.11.2024 a CFR)

- Se achită în Contul Colegiului Farmaciștilor- Filiala Alba:

Cont bancar: RO56 RNCB 0003 0377 7821 0001 Banca Comercială Română- Sucursala Alba Iulia



COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL ALBA

Adresă: Alba Iulia, Str. Tudor Vladimirescu, nr.36, Tronson B, spațiul comercial 2, parter

Telefon: 0774 603 272

E-mail: contact@alba.colegfarm.ro

Website: alba.colegfarm.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 serie _____ număr _____,

eliberat/ă de _____ la data de _____, având CNP _____,

posesor al Certificatului de membru al C.F.R. seria _____, cu numărul _____, din data de

_____, solicit **eliberarea Certificatului Profesional Curent** în vederea:

☐	Exercitării profesiei în afara granițelor României – Țară destinație: _____
☐	Întocmirii dosarului pentru promovare profesională sau pentru ocuparea unui post de farmacist la: _____
☐	Întocmirii dosarului pentru ocuparea unui post de farmacist șef: _____
☐	Înființare farmacie/drogherie în localitatea: _____

Doresc generarea **Certificatului de Conduită Profesională** ☐

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.