



CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

(se completează de către farmacist)

- **TAXA ÎNSCRIERE CFR = 10% DIN SALARIUL MINIM PE ECONOMIE= 405 lei (începând cu 01.01.2025, în baza HG 1506/27.11.2024 pentru stabilirea salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată)**
- **COTIZAȚIA PENTRU ANUL ÎN CURS PENTRU LUNILE RĂMASE PÂNĂ LA SFÂRȘITUL ANULUI CALENDARISTIC: 300 lei/an, respectiv 25 lei/lună**
- **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 _____, 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 (diploma de licență- în original/copie legalizată sau adeverința de absolvent- în original);
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 (original);
5. Documentul de identitate (act de identitate, certificat de căsătorie, etc) în original;
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./altele 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.