

FIȘA INDIVIDUALĂ A FARMACISTULUI pentru anul 2019

Nume, prenume inițiala tatălui

nume înainte de căsătorie

absolvent al U. M. F. în anul

născut la data de în localitatea jud.

CNP:

domiciliul în localitatea str. nr. jud.

Date personale de contact:

mobil adresă de e-mail

Certificat de membru: seria : nr. eliberat la data de

Grad profesional în specialitatea

Farmacist rezident **DA** **NU** în specialitatea anul la

Titlul științific

Legitimația de membru: nr.

Angajat în funcția de la:

- farmacia localitatea Contract Muncă- data angajării nr.ore/zi

- farmacia localitatea Contract Muncă- data angajării nr.ore/zi

- depozit localitatea Contract Muncă- data angajării nr.ore/zi

- producție localitatea Contract Muncă- data angajării nr.ore/zi

- altele localitatea Contract Muncă- data angajării nr.ore/zi

Asigurare malpraxis:

Asigurator

număr asigurare perioada asigurării

Cotizația pentru anul 2019 a fost achitată în data de în contul Colegiului Farmaciștilor Mureș deschis la Banca Transilvania Tg.Mureș

- *Declar pe proprie răspundere că nu au intervenit modificări in ce privește nedemnitățile și incompatibilitățile.*

- *Sunt de acord ca datele mele personale sa fie prelucrate pentru îndeplinirea obligațiilor legale ale organizației profesionale, cu respectarea principiilor din Regulamentul UE 679/2016 și in scopul si in conformitate cu Legea nr. 95/2006 republicata, cu modificările si completările ulterioare și a altor acte normative incidente.*

Tg.Mureș, data

.....

Semnătura farmacistului

.....

EFC realizat în 2018 EFC de reportat în 2019

Farmacist evaluator

Semnătura