

CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN REGISTRUL FURNIZORILOR AUTORIZAȚI

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

Prin prezenta, vă rugăm a proceda la înscrierea în Registrul Furnizorilor Autorizați de Colegiul Farmaciștilor din România:

I	DATE DE IDENTIFICARE
Denumire organizație / Persoană fizică	
Cod fiscal / CNP	
Registrul Comerțului / Registrul Asociațiilor și Fundațiilor	
Reprezentant legal	
Persoană de contact	

II	DATE DE CONTACT
Telefon	
E-mail	
Website	

III	ADRESĂ

Prin prezenta sunt de acord să se prelucreze informațiile de Colegiul Farmaciștilor din România în conformitate cu legislația națională, europeană și internațională aflată în vigoare, pentru înscrierea în Registrul Furnizorilor Autorizați în vederea organizării de activități de educație continuă și de formare profesională, acreditate de Colegiul Farmaciștilor din România.

Cererea efectuată la data __ / __ / ____

Reprezentant legal
