

CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN REGISTRUL FURNIZORILOR ACREDITAȚI

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

Subsemnatul / subsemnata solicit înscrierea în Registrul Furnizorilor Acreditați de către Colegiul Farmaciștilor din România:

I DATE DE IDENTIFICARE	
Denumire persoană juridică / Nume și prenume 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 DE CORESPONDENȚĂ	

Sunt de acord cu prelucrarea acestor informații de către Colegiul Farmaciștilor din România, în conformitate cu legislația în vigoare.

Data

Reprezentant legal / Semnătura