



CERERE DE ÎNSCRIERE

Subsemnatul/Subsemnata _____ ,
în calitate de farmacist/student, doresc să devin membru(a) al/a Asociației Române a
Farmaciștilor Clinicieni (ARFC).

Anexez o copie a documentului de identitate, BI/CI/Pasaport, seria numărul
.....

Loc de muncă/ Facultate :

Domiciliu stabil :

Adresa de corespondență :

Telefon :

E-mail :

Declar pe proprie răspundere că am luat la cunostință prevederile statutului ARFC, îmi
asum obligațiile care decurg din calitatea de membru al ARFC și înțeleg că beneficiaz de toate
drepturile aferente.

Declar că datele furnizate corespund realității și mă angajez să comunic, în scris, către
ARFC orice modificare a acestora.

Data:

Semnătura: