S.C. ...................................................................

CUI....................................................................

NR. REG.COM.................................................

SEDIUL SOCIAL.............................................

**INFORMARE**

**CĂTRE,**

**COLEGIUL FARMACIŞTILOR DIN ROMÂNIA**

 **FILIALA CONSTANŢA**

Subsemnatul/a……………………..……………………….., în calitate de

reprezentant legal al S.C. ..............................................S.R.L., vă aduc la cunoştinţă

mutarea punctului de lucru situat în ..........................................................................

După aprobarea Ministerului Sănătăţii, farmacia va funcţiona la noua adresă,

respectiv.......................................................................................................................

şi va fi condusă de farmacist şef..................................................................................

Data : Semnătura şi ştampila:

D-lui Preşedinte al Colegiului Farmaciştilor din România – Filiala Constanţa

 Farm. Prim. Vasile Rizea