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., în conformitate cu

prevederile legale, vă aduc la cunoştinţă reluarea activităţii punctului de lucru

situat în ..............................................................................., a cărui activitate a fost

suspendată în data de ............................ Menţionez că farmacia îşi relua activitatea

la adresa ....................................................................................................................,

şi va fi condusă de Dl./ Dna farmacist.......................................................................

Data : Semnătura şi ştampila:

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

 Farm. Prim. Vasile Rizea