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 schimbarea farmacistului şef la punctul de lucru situat în

.....................................................................................................................................

Astfel, din data de ............., Dl/Dna farmacist..................................................

va fi înlocuit/ă de Dl/Dna farmacist............................................................................

Data : Semnătura şi ştampila:

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

 Farm. Prim. Vasile Rizea