



**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ
НА ПОМОЩНИК ФАРМАЦЕВТИТЕ**

РЕГИОНАЛНА КОЛЕГИЯ

Дата:г.
Изх. №

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ОКОНЧАТЕЛНО ЗАЛИЧАВАНЕ

ОТ РЕГИСТЪРА НА РК на БАПФ

От

(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ

Гражданство :

Месторождение: гр./с.

община

Адрес :

по местоживеене: гр./с.

код

Област

ул./бул.

№

П.К.

Дом.
тел.

Моби
лен

E-mail

Адрес

по месторабота: гр./с.

код

Област

ул./бул.

№

П.К.

тел.

факс

E-mail

Под номер – УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР / УИН / :

Уважаеми г-н/ г-жо/ председател на РК на БАПФ гр.....,

Моля да бъда заличен окончателно от регистъра на РК на БАПФ гр.....

поради окончателно прекратяване на дейност като помощник-фармацевт.

С подаване на заявлението прилагам и **оригинал** на членската си карта ,за да бъде

деактивирана съгласно правилата за водене на националния електронен регистър на БАПФ.

Дата:

трите имена и подпис:

* Досието за членство на помощник -фармацевта се задържа в архива на РК .