



## БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ НА ПОМОЩНИК-ФАРМАЦЕВТИТЕ

Регионална колегия . . . . .

Дата: .....г.

Изх. № .....

### ДЕКЛАРАЦИЯ

От помощник –фармацевт:

--

(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Гражданство :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Месторождение: гр./с.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											община	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Адрес :																	
по местоживеене: гр./с.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											код	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

Област	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

ул./бул.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											№	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					П.К.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Дом.т ел.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Мобил ен	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Е-mail	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Уважаеми г- н-/г-жо председател на РК .....в съответствие на чл.16 (5)от Устава на БАПФ декларирам,че в периода от/ дата / година ..... г. до /дата/...../година/ ..... /посочва се съответната дата и година / не съм упражнявал дейност като помощник-фармацевт и не съм бил/а/ назначаван/а/ по договор на такава длъжност.

Моля, декларираното от мен обстоятелство да бъде взето в предвид при определяне на дължимият от мен членски внос.

Известна ми е отговорността за деклариране на неверни данни.

Дата:

трите имена и подпис: