



Aviz coordonator curs,

-----  
**Denumirea cursului: Curs postuniversitar pentru pregătirea farmaciştilor în vederea  
vaccinării populaţiei împotriva gripei sezoniere**

Perioada: -----

Loc de desfăşurare: -----

## CERERE DE ÎNSCRIERE

Numele şi prenumele: -----

Numele şi prenumele avut anterior: -----

CNP: -----

Locul naşterii: localitate/ judeţ -----

Naţionalitatea: -----

Absolvent(ă) facultatea/ universitatea: -----

-----

-----

Anul absolvirii: -----

Farmacist specialist/ primar/rezident/alta: -----

Încadrat(ă) la: -----

-----

Domiciliul stabil:

Strada -----

nr. ----- bloc ----- scara ----- etaj ----- ap. -----

localitatea ----- judeţul -----

telefon ----- E-mail -----

Data,

Semnătura,

