



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
URDHRI I FARMACISTËVE
KËSHILLI KOMBËTAR

FORMULAR RIÇERTIFIKIMI

Emri, Atësia, Mbiemri: _____

Universiteti: _____

Nr Çertifikate: _____

Bashkia/ Rajoni: _____

Funksioni: a) Drejtues Teknik b) I Punësuar
c) I punësuar në Institucion Shtetëror

Emri i subjektit: _____

Adresa e subjektit: _____

Nr telefoni personal: _____

Adresë e-mail: _____

Ky formular duhet të shoqërohet me dokumentacionin e mëposhtëm:

1. Vetëdeklarim (vetëm për farmacistët që ushtrojnë funksionin e drejtuesit teknik)
2. Ekstraktin historik të QKB-së të 3 muajve të fundit
3. Fotokopjen e licensës së QKB-së (ish QKL)
4. Fotokopjen e kartës së identitetit
5. Mandatin e pagesës së kuotizacioneve, deri më 31.12.2019
6. Mandatin e pagesës për rinovimin e Lejes së Ushtrimit të Profesionit me vlerë 5 000 lekë
7. Raport mjeko – ligjor
8. 2 fotografi (me veshje serioze) të formatit foto dokumenti

Ju lutemi të plotësoni të gjitha pikat e këtij formulari me korrektësi, në rast të kundërt aplikimi do të refuzohet.

_____ më ____/____/_____

_____ (Emri, Mbiemri, Firma)