



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
URDHRI I FARMACISTËVE
KËSHILLI KOMBËTAR

Adresa: Bulevardi “Gjergj Fishta” Kulla 1, Apt. 10/B, Tiranë

KËRKESË

Unë i/e nënshkruari/a _____, pasi u njoha me Kodin Deontologjik, Statutin dhe Rregulloret e Urdhrit të Farmacistëve të Shqipërisë, Betimin e Hipokratit sipas formulimit të Gjenevës të vitit 1948, si dhe të gjitha aktet ligjore dhe nënligjore që rregullojnë Shërbimin Farmaceutik në Republikën e Shqipërisë, kërkoj të regjistrohem për kryerjen e praktikës profesionale pranë Urdhrit të Farmacistëve të Shqipërisë, duke u zotuar për zbatimin e të gjitha detyrimeve që rrjedhin nga ky regjistrim.

Kërkuesi/ja

_____, më _____

(Emri, mbiemri, firma)