

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
URDHRI I FARMACISTËVE
KËSHILLI KOMBËTAR

FORMULAR RIÇERTIFIKIMI

Emër Mbiemër: _____

Nr Çertifikate _____

Bashkia/ Rajoni _____

Adresa _____

Emri i Subjektit _____

Funksioni Drejtues teknik ☐ I punësuar ☐

Nr telefoni _____

Adresë e-mail _____

Ky formular duhet të shoqërohet me:

1. Certifikatën e regjistrimit të subjektit në QKB
2. Fotokopjen e licensës së QKB-së (ish QKL)
3. Fotokopjen e kartës së identitetit
4. Mandatin e pagesës së kuotizacioneve ndaj UFSH-së deri më 31.12.2024
5. Mandatin e pagesës për rinovimin e Lejes së Ushtrimit të Profesionit me vlerë 5000 lekë, bazuar në Vendimin nr. 4, datë 03.12.2014.
6. Raport mjeko – ligjor
7. 2 fotografi (me veshje serioze) të përmasave 3x3.5 cm
8. Deklarata e pronarit të subjektit farmaceutik
9. Vërtetimin e krediteve nga ASCK
10. Anëtarët që ushtrojnë funksionin e drejtuesit teknik duhet të dorëzojnë gjithashtu:
 - Vetëdeklarim për Drejtuesin Teknik, sipas formatit të miratuar nga Këshilli Kombëtar
 - Vërtetim për pagesën e kontributeve të sigurimeve shoqërore (pas datës 01.01.2012), i shkarkuar nga e-Albania;
11. Certifikata origjinale (të dorëzohet në momentin e terheqjes së certifikatës së re).

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

_____. më __, __, ____

(Emër, Mbiemër, Firmë)