

**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. Fotokopjen e certifikatës së 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, kur pronari nuk është farmacist;
9. 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;
10. Certifikata origjinale do dorëzohet në momentin e tërheqjes 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)**