

CONFEDERACIÓN FARMACEUTICA ARGENTINA

ANEXO III

COMITÉ NACIONAL DE CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Buenos Aires,de.....

Se deja constancia que
.....,
con matrícula N°....., expedida
por.....,
ha cumplido con los requisitos del Reglamento de Certificación y Recertificación Profesional, el cual garantiza que posee conocimientos actualizados, habilidades y aptitudes propias de la profesión farmacéutica además de adecuadas condiciones éticas y morales en el ejercicio profesional.

FARMACEUTICO CERTIFICADO
(período por el cual se certifica) Ej: 2004-2009

N° de Registro:.....

Vencimiento del presente certificado: (mes/año).....

.....
Por Comité Nacional de Certificación

Logo del CNC

.....
Secretario COFA

.....
Presidente COFA