

CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA

ANEXO IV

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 mantiene actualizados sus conocimientos, habilidades y aptitudes propias de la profesión farmacéutica además de adecuadas condiciones éticas y morales en el ejercicio profesional.

FARMACEUTICO RECERTIFICADO
(período por el cual se recertifica) Ej: 2009-2014

N° de Registro:.....

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

Fecha de caducidad del certificado anterior: (mes/año).....

.....
Por Comité Nacional de Certificación

Logo del CNC

.....
Secretario COFA

.....
Presidente COFA