

(Antet operator economic)

(Nr. de înregistrare)

**Solicitare de școlarizare în învățământul profesional  
pentru anul școlar 2018-2019**

**1. Date privind operatorul economic**

1.1. Denumirea operatorului economic: SC TEA FARMEX SRL  
1.2. Adresa: Str. Muresul, nr 10, Ac E, parter  
1.3. Date de contact:  
Telefon: 0755011365 Fax: -  
E-mail: -  
Pagina web: -

**1.4. Persoana de contact:**

Numele și prenumele: PICU LIANA  
Funcția: FARMACIST SEF  
Date de contact:  
Telefon: 0766952528 Fax: -  
E-mail: picu.liana@yahoo.com

**2. Solicitarea de școlarizare**

Solicităm includerea următoarelor calificări în planul de școlarizare pentru învățământul profesional în anul școlar 2018-2019

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e <sup>1</sup>	Numărul de locuri solicitate
<u>OPERATOR INDUSTRIAL DE MEDICAMENTE SI PRODUSE COSMETICE</u>	<u>10</u>

**3. Precizări privind unitatea de învățământ parteneră**

Avem o unitate de învățământ parteneră / cu care dorim să colaborăm pentru practica elevilor din învățământul profesional în anul școlar 2018-2019 în calificările mai sus menționate

da ☒ precizați unitatea de învățământ parteneră LICEUL TEHNOLOGIC "N. OLAHUS" ORĂȘTIE  
nu ☐

**4. Precizări privind asigurarea stagiilor de practică a elevilor la operatorul de practică**

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e	Vom asigura efectuarea stagiilor de practică a elevilor	
	Da/ Nu <sup>2</sup>	Observații <sup>3</sup>
<u>OPERATOR INDUSTRIAL DE MEDICAMENTE SI PRODUSE COSMETICE</u>	<u>DA</u>	

Data: 10.11.2017

Reprezentant legal,

Funcția FARMACIST SEF

Numele și prenumele PICU LIANA

Semnătură, [ștampilă]



<sup>1</sup> Se completează conform Nomenclatoarelor calificărilor profesionale pentru care se asigură pregătirea prin învățământul preuniversitar, aprobate prin HG 844/2002, cu modificările și completările ulterioare.

<sup>2</sup> Pentru fiecare calificare solicitată, vă rugăm să menționați „DA” (în cazul în care veți asigura practica elevilor în firma dumneavoastră) sau NU (în cazul în care nu puteți asigura practica elevilor în firma dumneavoastră).

<sup>3</sup> Vă rugăm să includeți în colana „Observații” eventuale mențiuni pe care le considerați relevante privind susținerea de către firma dumneavoastră a practicii elevilor la firma dumneavoastră sau la unitatea de învățământ și eventuale alte facilități/forme de sprijin pentru elevi oferite de firmă.

FARMGENTIANA P.H. S.R.L.

75/14.11.2017

(Antet operator economic)

(Nr. de înregistrare)

Solicitare de școlarizare în învățământul profesional  
pentru anul școlar 2018-2019

1. Date privind operatorul economic

1.1. Denumirea operatorului economic: FARMGENTIANA P.H.

1.2. Adresa: ORAȘTIE, ȘOS. N. BALCESCU NR 14

1.3. Date de contact:

Telefon: 0254/24024 Fax: 0254/24024

E-mail: farmgentianaph@gmail.com

Pagina web:

1.4. Persoana de contact:

Numele și prenumele: POPOVICI CRISTINA

Funcția: ADMINISTRATOR

Date de contact:

Telefon: 0422246404 Fax: 0254/24024

E-mail: farmgentianaph@gmail.com

2. Solicitarea de școlarizare

Solicităm includerea următoarelor calificări în planul de școlarizare pentru învățământul profesional în anul școlar 2018-2019

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e <sup>1</sup>	Numărul de locuri solicitate
Operator industria de medicamente și produse cosmetice	4

3. Precizări privind unitatea de învățământ parteneră

Avem o unitate de învățământ parteneră / cu care dorim să colaborăm pentru practica elevilor din învățământul profesional în anul școlar 2018-2019 în calificările mai sus menționate

da ☒ precizați unitatea de învățământ parteneră: LICEUL TEHNOLOGIC „Nicolae Ceaușescu”  
nu ☐

4. Precizări privind asigurarea stagiilor de practică a elevilor la operatorul de practică

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e	Vom asigura efectuarea stagiilor de practică a elevilor	
	Da/ Nu <sup>2</sup>	Observații <sup>3</sup>
Operator industria de med. și prod. cosmetice	DA	

Data: 14.11.2017

Reprezentant legal,

Funcția: ADMINISTRATOR

Numele și prenumele: POPOVICI CRISTINA

Semnătură, [stampilă]





NR. 90/10.11.2017

Anexa nr. 2  
la calendar

(Antet operator economic)

(Nr. de înregistrare)

**Solicitare de școlarizare în învățământul profesional  
pentru anul școlar 2018-2019**

**1. Date privind operatorul economic**

1.1. Denumirea operatorului economic: S.C. ROM-NIGI-FARM S.R.L.

1.2. Adresa: ORAȘTIŢĂ STR. UNIREA NR. 5 PARTER

**1.3. Date de contact:**

Telefon: 0254/241505 Fax: 0254/241505

E-mail: romnigefarm@yahoo.com

Pagina web: .....

**1.4. Persoana de contact:**

Numele și prenumele: JULA RADU IOAN

Funcția: FARMACIST

**Date de contact:**

Telefon: 0762290606 Fax: .....

E-mail: radu-jula@yahoo.com

**2. Solicitarea de școlarizare**

Solicităm includerea următoarelor calificări în planul de școlarizare pentru învățământul profesional în anul școlar 2018-2019

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e <sup>1</sup>	Numărul de locuri solicitate
<u>OPERATOR ÎN S. DE MEDICAMENTE ȘI PROD. COSMETICE</u>	<u>10</u>

**3. Precizări privind unitatea de învățământ parteneră**

Avem o unitate de învățământ parteneră / cu care dorim să colaborăm pentru practica elevilor din învățământul profesional în anul școlar 2018-2019 în calificările mai sus menționate

da ☒ precizați unitatea de învățământ parteneră LICEUL TEHNOLOGIC M. OLAHUS ORAȘTIŢĂ

nu ☐

**4. Precizări privind asigurarea stagiilor de practică a elevilor la operatorul de practică**

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e	Vom asigura efectuarea stagiilor de practică a elevilor	
	Da/ Nu <sup>2</sup>	Observații <sup>3</sup>
<u>OPERATOR ÎN S. DE MEDICAMENTE ȘI PROD. COSMETICE</u>	<u>DA</u>	

Data: 10.11.2017

Reprezentant legal,

Funcția FARMACIST

Numele și prenumele JULA RADU IOAN

Semnătură, [stampilă]



<sup>1</sup> Se completează conform Nomenclatoarelor calificărilor profesionale pentru care se asigură pregătirea prin învățământul preuniversitar, aprobate prin HG 844/2002, cu modificările și completările ulterioare

<sup>2</sup> Pentru fiecare calificare solicitată, vă rugăm să menționați „DA” (în cazul în care veți asigura practica elevilor în firma dumneavoastră) sau NU (în cazul în care nu puteți asigura practica elevilor în firma dumneavoastră).

<sup>3</sup> Vă rugăm să includeți în colana „Observații” eventuale mențiuni pe care le considerați relevante privind susținerea de către firma dumneavoastră a practicii elevilor la firma dumneavoastră sau la unitatea de învățământ și eventuale alte facilități/forme de sprijin pentru elevi oferite de firmă.



SC INFINITTI FARMACOM SRL  
ORASTIE  
str. MURESULUI 10/2  
NR. 755/09.11.2017  
(Antet operator economic)

Anexa nr. 2  
la calendar

(Nr. de înregistrare)

Solicitare de școlarizare în învățământul profesional  
pentru anul școlar 2018-2019

1. Date privind operatorul economic

1.1. Denumirea operatorului economic: SC INFINITTI FARMACOM SRL

1.2. Adresa: ORASTIE, MURESULUI 10/2, RD

1.3. Date de contact:

Telefon: 0254244186 Fax:

E-mail: infinitti@k.ro

Pagina web:

1.4. Persoana de contact:

Numele și prenumele: PACURARIU CORNELIA GABRIELA

Funcția: ADMINISTRATOR

Date de contact:

Telefon: 0254244186 Fax:

E-mail: infinitti@k.ro

2. Solicitarea de școlarizare

Solicităm includerea următoarelor calificări în planul de școlarizare pentru învățământul profesional în anul școlar 2018-2019

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e <sup>1</sup>	Numărul de locuri solicitate
OPERATOR IND. DE MEDICAMENTE ȘI PROD. COSMETICE	6

3. Precizări privind unitatea de învățământ parteneră

Avem o unitate de învățământ parteneră / cu care dorim să colaborăm pentru practica elevilor din învățământul profesional în anul școlar 2018-2019 în calificările mai sus menționate

da ☒ precizați unitatea de învățământ parteneră: LICEUL TEHN. NICOLAE I. ORASTIE

nu ☐

4. Precizări privind asigurarea stagiilor de practică a elevilor la operatorul de practică

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e	Vom asigura efectuarea stagiilor de practică a elevilor	
	Da/ Nu <sup>2</sup>	Observații <sup>3</sup>
OP. IND. DE MEDICAM. ȘI PROD. COSMETICE	DA	

Data: 09.11.2017

Reprezentant legal, PACURARIU CORNELIA GABRIELA  
Funcția: ADMINISTRATOR  
Numele și prenumele  
Semnătură, [ștampilă]



<sup>1</sup> Se completează conform Nomenclatoarelor calificărilor profesionale pentru care se asigură pregătirea prin învățământul preuniversitar, aprobate prin HG 844/2002, cu modificările și completările ulterioare.

<sup>2</sup> Pentru fiecare calificare solicitată, vă rugăm să menționați „DA” (în cazul în care veți asigura practica elevilor în firma dumneavoastră) sau NU (în cazul în care nu puteți asigura practica elevilor în firma dumneavoastră).

<sup>3</sup> Vă rugăm să includeți în colana „Observații” eventuale mențiuni pe care le considerați relevante privind susținerea de către firma dumneavoastră a practicii elevilor la firma dumneavoastră sau la unitatea de învățământ și eventuale alte facilități/forme de sprijin pentru elevi oferite de firmă.

57/14.11.2017

(Antet operator economic)

(Nr. de înregistrare)

Solicitare de școlarizare în învățământul profesional  
pentru anul școlar 2018-2019

## 1. Date privind operatorul economic

1.1. Denumirea operatorului economic: PUNKT ORĂȘTIE 2

1.2. Adresa: Orăștie, Str. N. Bălcescu nr. 17

## 1.3. Date de contact:

Telefon: 0728280017 Fax: -

E-mail: punkt-orastie@farmiapunkt.ro

Pagina web:

## 1.4. Persoana de contact:

Numele și prenumele: Feiș Oana Delia

Funcția: Farmacist Manager

## Date de contact:

Telefon: 0728280017 Fax: -

E-mail:

## 2. Solicitarea de școlarizare

Solicităm includerea următoarelor calificări în planul de școlarizare pentru învățământul profesional în anul școlar 2018-2019

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e <sup>1</sup>	Numărul de locuri solicitate
Operator industrie de medic. și prod. cosmetice	4

## 3. Precizări privind unitatea de învățământ parteneră

Avem o unitate de învățământ parteneră / cu care dorim să colaborăm pentru practica elevilor din învățământul profesional în anul școlar 2018-2019 în calificările mai sus menționate

da ☒ precizați unitatea de învățământ parteneră: Liceul Tehnologic, Nicolae Dabul

nu ☐

## 4. Precizări privind asigurarea stagiilor de practică a elevilor la operatorul de practică

Calificarea/ calificările profesională/ e solicitată/ e	Vom asigura efectuarea stagiilor de practică a elevilor	
	Da/ Nu <sup>2</sup>	Observații <sup>3</sup>
Operator industrie de medic. și prod. cosmetice	Da	

Data: 14.11.2017

Reprezentant legal,

Funcția: Farmacist Manager

Numele și prenumele: Feiș Oana Delia

Semnătură, [stampilă]

