

ANEXA 2 **

la Procesul verbal de evaluare RBPF numărul din data al farmaciei
..... din localitatea cu Autorizația de funcționare Nr.
...../data

OFICINE LOCALE DE DISTRIBUȚIE

Nr. crt.	Adresa	Program de funcționare	Farmacistul responsabil
1			
2			
3			
4			
5			
6			

COMPLETAT DE FARMACIST ȘEF:

(Nume, prenume, semnătura, ștampila farmaciei)

ECHIPA DE EVALUARE:

.....

.....

DATA EVALUĂRII

***Se completează de către farmaciile care au oficine locale de distribuție. Echipa de evaluare verifică concordanța cu documentele din dosarul standard.*