

**ANEXA 1\***

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

**PERSONALUL DE SPECIALITATE**

Nr. crt.	Numele și prenumele	CNP	C.M.* Seria/nr.	Viza** C.M. anul în curs	Profesia
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**COMPLETAT DE FARMACIST ȘEF:**

(Nume, prenume, semnătura, ștampila farmaciei) .....

**ECHIPA DE EVALUARE:**

.....

.....

**DATA EVALUĂRII** .....

*\*Se completează de către farmacistul șef, alături de cererea de evaluare. Echipa de evaluare verifică concordanța cu documentele din dosarul standard.*