

Colegiul Farmaciștilor din județul _____

Nr. Înreg. _____

Data: _____

CERERE EVALUARE / REEVALUARE

Subsemnatul(a) _____, farmacist
șef/asistent medical de farmacie șef la unitatea farmaceutică _____,
telefon _____, adresă _____ mail _____, din structura SC
_____, cu sediul social în _____
_____, J / / , RO _____,

Solicit evaluarea/reevaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru situat în

în vederea:

- obținerii Certificatului de Reguli de bună practică farmaceutică și/sau a Anexei cu valabilitate;
- înscrierii de mențiuni, conform Autorizației de funcționare în cazul modificării condițiilor de autorizare;
- constatării remedierii deficiențelor/ recalculării punctajului acordat;
- alte situații.

Anexez prezentei următoarele documente:

1. Structura personalului de specialitate;
2. Copie după documentele care atestă modificările (dacă este cazul): autorizație de funcționare, program de funcționare, altele;
3. Dovada achitării taxei de evaluare.

Data: _____

Farmacist șef/asistent medical de farmacie șef:

Nume, prenume _____

Semnătura

