

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 _____ SRL, 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 (doar farmacist șef și farmaciști cu indicare nume și prenume)
2. Copie după următoarele documente: autorizație de funcționare fata-verso cu toate anexele, certificat constatator, program de funcționare;
3. Dovada achitării taxei de evaluare de 150 lei în contul Colegiului Farmaciștilor Iași cu specificația: taxa RBPF, farm. X, str. Y, loc. Z
4. Grila pentru certificat RBPF completată și semnată de farmacistul șef (autoevaluare)

Data: _____

Farmacist șef/asistent medical de farmacie șef:

Nume, prenume _____

Semnătura