
Obiecțiile farmacistului șef/farmacistului/asistentului medical de farmacie șef:

Planul de remediere a deficiențelor constatate, dacă este cazul, se va transmite la sediul Colegiului Farmaciștilor din Județul _____ până la data de _____ de către farmacistul șef/asistentul medical de farmacie șef.

Comisia de evaluare:

Nume, prenume, semnătură:

Farm. _____

Farm. _____

Farmacist-șef/Farmacist/Asistent
medical de farmacie șef:

Nume, prenume, semnătură:

O copie a prezentului Proces-verbal rămâne la unitatea farmaceutică evaluată.