

Colegiul Farmaciștilor din DOLJ

Nr. de înregistrare

Data

**CERERE
de evaluare/reevaluare**

Subsemnatul(a),, farmacist-șef/asistent medical de farmacie
șef la Unitatea farmaceutică, telefon, adresă de e-mail.....,
din structura S.C./Unității sanitare, J...../...../....., CUI.....,
solicit evaluarea/reevaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru:

☐ farmacie comunitară;

☐ farmacie cu circuit închis;

☐ drogherie;

☐ oficiină comunitară rurală;

☐ oficiină comunitară sezonieră;

☐ oficiină de circuit închis,

cu sediul în,

pentru:

☐ obținerea Certificatului de reguli de bună practică farmaceutică și/sau a anexei cu valabilitate;

☐ înscrierea de mențiuni, conform autorizației de funcționare;

☐ recalcularea punctajului acordat;

☐ alte situații.

Anexez prezentei următoarele documente:

1. structura personalului de specialitate;

2. documentele care atestă modificările;

3. dovada achitării taxei de evaluare, conform Deciziei Consiliului național al Colegiului

Farmaciștilor din România nr. 5/2021 privind aprobarea procedurii de control și evaluare a unităților farmaceutice cu privire la Regulile de bună practică farmaceutică, cu modificările și completările ulterioare.

Data

.....

Farmacist-șef/Asistent medical de farmacie șef

.....