

ANEXA 1*

la Procesul verbal de evaluare RBPF număruldin data
 al Farmaciei din localitatea, nr telefon.farmacie.....
 cu Autorizația de funcționare Nr. / data.....

PERSONALUL DE SPECIALITATE

Nr. crt.	Numele și prenumele	CNP	Certificat membru Serie..... nr.....	Contract muncă nr..... data...	Nr. telefon farmacist	Profesia
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

COMPLETAT DE FARMACIST ȘEF

(Nume, prenume, semnătură, 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.