

ANEXA 1*

la Procesul verbal de evaluare RBPF numărul din data al Farmaciei din localitatea cu Autorizația de funcționare Nr./data

PERSONALUL DE SPECIALITATE

Nr. crt.	Numele și prenumele	CNP	C.M.* Seria/nr.	Viza** C.M. anul în curs	Profesia
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

COMPLETAT DE FARMACIST ȘEF:

(Nume, prenume, semnătura, 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.*