

ANEXA₁ – Evidența personalului

la Declarația de conformitate RBPF a Farmaciei
din localitatea cu Autorizația de funcționare Nr.
...../data

PERSONALUL DE SPECIALITATE

Nr. crt.	Numele și prenumele	CNP	Certificat membru CFR Seria/nr.	Viză Certificat pe anul în curs	Profesia
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

COMPLETAT DE FARMACIST ȘEF:

(Nume, prenume, semnătura, ștampila farmaciei)

.....

DATA COMPLETĂRII

.....