



## COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUD. TIMIȘ

Adresă: Timișoara, B-dul Take Ionescu nr.51 etaj I

Telefon: 0256463620

E-mail: colegfarmtm@yahoo.com

Website: <https://www.timis.colegfarm.ro>

### Proces-verbal de evaluare/reevaluare a Regulilor de bună practică farmaceutică

Nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_

Subsemnații: Farm. \_\_\_\_\_

Farm. \_\_\_\_\_,

membri ai Comisiei de evaluare a Regulilor de bună practică farmaceutică, din cadrul Colegiului Farmaciștilor din \_\_\_\_\_, desemnați prin Decizia nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_, **am evaluat/reevaluat unitatea farmaceutică:**

- ☐ farmacie comunitară
- ☐ farmacie cu circuit închis
- ☐ drogherie
- ☐ oficiină comunitară rurală
- ☐ oficiină comunitară sezonieră
- ☐ oficiină de circuit închis.

Denumirea unității farmaceutice evaluate \_\_\_\_\_

Denumirea unității farmaceutice coordonatoare, când este cazul: \_\_\_\_\_

din structura:

S.C./Unitate sanitară \_\_\_\_\_ S.R.L.

CUI: \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Adresa unității farmaceutice evaluate și a unității farmaceutice coordonatoare, când este cazul: \_\_\_\_\_

Autorizație de funcționare a unității farmaceutice evaluate/unității farmaceutice coordonatoare nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_.

Farmacist șef/Farmacist împuternicit/Asistent medical de farmacie șef: \_\_\_\_\_

### Rezultatul evaluării/reevaluării criteriilor de aplicare a Regulilor de bună practică farmaceutică:

**Punctajul acordat:** \_\_\_\_\_ **puncte**, conform grilei specifice – Anexa nr. 7 din Decizia nr. 5 a Consiliului Național al Colegiului Farmaciștilor din România.

**Recomandări de remediere a deficiențelor**, conform anexei nr. 7 din Decizia nr. 5 a Consiliului Național al Colegiului Farmaciștilor din România:

- ☐ NU
- ☐ DA

**Constatări/ Recomandări cu termene de remediere:**

---

---

---

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

---

---

---

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

**Comisia de evaluare:**

---

---

**Farmacist-șef/Farmacist  
împuternicit/Asistent medical de farmacie șef**

---

*Un exemplar al prezentului Proces-verbal rămâne la unitatea farmaceutică evaluată.*