

*Colegiul Farmaciștilor din județul Dolj*

*Nr. Înreg. ....*

*Data: .....*

**CERERE EVALUARE/REEVALUARE**

*Subsemnatul(a) , .....farmacist șef/asistent medical de farmacie șef la  
Unitatea farmaceutică , .....telefon , ..... adresă de e-mail , ..... din  
structura SC ./Unității sanitare..... , J ...../..... /....., CUI RO .....*

*Solicit evaluarea/reevaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru,*

*farmacie comunitară;*

*farmacie cu circuit închis;*

*oficină comunitară rurală ;*

*oficină comunitară sezonieră ;*

*oficină cu circuit închis.*

*Cu sediul în .....*

*pentru*

*obținerii Certificatului de Reguli de bună practică farmaceutică și/sau a Anexei cu valabilitate;*

*înscrierii de mențiuni, conform Autorizației de funcționare constatării remedierii*

*recalcularea punctajului acordat;*

*alte situații.*

*Anexez prezentei următoarele documente:*

*1. Structura personalului de specialitate;*

*2. documentele care atestă modificările (autorizație de funcționare, anexe și modificările aprobate)*

*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, ci modificările și  
completările ulterioare.*

*Data:*

.....

*Farmacist șef/asistent medical de farmacie șef:*

.....