

Către,
Colegiul Farmaciștilor Dolj

Subsemnatul (a)..

farmacist șef la aflată la

Adresa nr..... bl.....

Localitatea județul DOLJ

Tel fax..... solicit evaluarea

Farmaciei/ Drogheriei/ Oficinei pentru obținerea CERTIFICATULUI de
ATESTARE a REGULILOR de BUNĂ PRACTICĂ FARMACEUTICĂ.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele
necesare.

Data:

Semnătura: