

**Se completează de către farmacistul șef, alături de cererea de evaluare. Echipa de evaluare verifică concordanța cu documentele din dosarul standard.*

ANEXA 2

la Procesul verbal de evaluare RBPF număruldin data.....
al farmaciei.....din localitatea.....
cu Autorizația de funcționare Nr. din data

OFICINE LOCALE DE DISTRIBUȚIE

Nr. crt.	Adresa	Program de funcționare	Farmacista responsabil
1			
2			
3			
4			
5			
6			

COMPLETAT DE FARMACIST ȘEF:

(Nume, prenume, semnătura, ștampila farmaciei)

ECHIPA DE EVALUARE:

DATA EVALUĂRII

***Se completează de către farmaciile care au oficine locale de distribuție. Echipa de evaluare verifică concordanța cu documentele din dosarul standard.*