CERERE DE EVALUARE

Subsemnatul(a)……………………….…………………………………….....

reprezentant al SC………….………………………………………………….

cu sediul în…………………………………………………………………….

vă solicit evaluarea punctului de lucru din…………………………………....

…………………………………………………………………………………

**Farmacist Şef**…………………………………………………………………

CNP………………….....Certificat Membru…….nr………data………….…, tel.:………………………………… e-mail:………………………………….

**Farmacia:**

Denumire:

Sector :

Adresă :

Telefon:

E-mail :

Categorie:

Număr autorizaţie M.S.:

Serie autorizaţie M.S.:

Dată autorizatie M.S.:

**Persoană Juridică:**

Denumire:

Formă juridică:

Nr. ord. reg com:

Atribut fiscal:

CUI:

Judeţul:

Persoană de contact: [Nume,Prenume,Tel,E-mail.]

……………………………………………………......................................................................................................................................................

**Lanţ: (acolo unde este cazul!)**

Denumire: