**ANEXA1 – Evidența personalului**

la Declarația de conformitate RBPF a Farmaciei .................................................................... din localitatea ................................................ cu Autorizația de funcționare Nr. ................................../data .......................

**PERSONALUL DE SPECIALITATE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Numele și prenumele** | **CNP** | **Certificat membru CFR****Seria/nr.** | **Viză Certificat pe****anul în curs** | **Profesia** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

**COMPLETAT DE FARMACIST ȘEF**:

(Nume, prenume, semnătura, ștampila farmaciei ) ......................................................................................... .

 **DATA COMPLETĂRII** ..................................