**ANEXA NR.5**

*Colegiul Farmaciștilor din județul\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nr. Înreg.\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***CERERE EVALUARE / REEVALUARE***

 *Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, farmacist șef/asistent medical de farmacie șef la unitatea farmaceutică\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresă mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, din structura SC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul social în\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, J\_\_/\_\_\_/\_\_\_, RO\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*Solicit evaluarea/reevaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru situat în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*în vederea:*

* *obținerii Certificatului de Reguli de bună practică farmaceutică și/sau a Anexei cu valabilitate;*
* *înscrierii de mențiuni, conform Autorizației de funcționare în cazul modificării condițiilor de autorizare;*
* *constatării remedierii deficiențelor/ recalculării punctajului acordat;*
* *alte situații.*

*Anexez prezentei următoarele documente:*

1. *Structura personalului de specialitate;*
2. *Copie după documentele care atestă modificările (dacă este cazul): autorizație de funcționare, program de funcționare, altele;*
3. *Dovada achitării taxei de evaluare.*

*Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Farmacist șef/asistent medical de farmacie șef:*

 *Nume, prenume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Semnătura*