

**COLEGIUL FARMACIȘTILOR .....**

**PROCES VERBAL DE EVALUARE R.B.P.F.**

NR. .... DATA .....

Subsemnații ..... membrii ai Comisiei de Evaluare R.B.P.F.  
a Colegiului Farmaciștilor ....., ne-am prezentat la :

Unitatea farmaceutică: ..... (farmacie comunitară/circuit închis/drogherie/oficină)

S.C. ...., CUI ....., J .....

Farmacie comunitară/ de circuit închis/drogherie (denumire) ..... din loc. ....

str. .... nr. .... Autorizație de funcționare nr. ..../data ..... farmacist

șef/asistent medical de farmacie-șef ..... certificat de membru

(farmacist/asistent) serie .... nr. .... data .....

Oficina locală de distribuție a farmaciei ..... din loc. .... nr. ...., farmacist

responsabil ..... certificat de membru serie .... nr. .... data .....

Program de lucru al unității farmaceutice ..... L-V ....., S ....., D .....

**REZULTATUL EVALUĂRII CRITERIILOR DE APLICARE a R.B.P.F.**

√ Punctajul acordat ..... din maximul de ..... puncte (conform Grilei de evaluare).

√ Acțiuni corective NU / DA ... conform **Anexa 1** la Grila de evaluare.

√ Deficiențe critice – suspendarea de la data de ..... până la data de .....

√ Plan de conformare pentru remedierea deficiențelor constatate NU / DA – de predat la sediul

Colegiului Farmaciștilor ..... până la data de .....

**Obiecțiunile farmacistului șef** .....

**Propunerile echipei de evaluare** .....

Personal de specialitate – **Anexa 1**

Farmaciști evaluatori:

Nume, semnătură

Farmacist șef/asistent șef/farmacist responsabil:

Numele, semnătura și ștampila farmaciei

*Întocmit în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.*