***Nr. \_\_\_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***CERERE EVALUARE / REEVALUARE***

*Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, farmacist șef/asistent medical de farmacie șef la unitatea farmaceutică\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, din structura SC/Unitate sanitară \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul social în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, CUI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,autorizatia nr.........................................................*

*Solicit evaluarea/reevaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru:*

* *farmacie comunitară*
* *farmacie cu circuit închis*
* *drogherie*
* *oficină comunitară rurală*
* *oficină comunitară sezonieră*

*din Loc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*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;*
* *recalculării punctajului acordat;*
* *alte situații.*

*Program functionare L-V................................................... S.................................... D......................................*

*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, conform Deciziei nr. 5/23 nov. 2021.*

|  |  |
| --- | --- |
| Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Farmacist șef/asistent medical de farmacie șef,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Colegiul Farmaciștilor din România și Colegiul Farmaciștilor din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016, pe toată durata existenței calității mele de membru al CFR sau atât timp cât am/voi avea nevoie de documente eliberate de către Colegiul Farmaciștilor din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pentru a exercita profesia.*

 *Prin completarea și semnarea prezentului document, eu – semnatarul – confirm că am citit, am fost informat corect, complet, precis, am luat la cunoștință și am înțeles pe deplin atât scopul prelucrării datelor cu caracter personal cât și drepturile de care beneficiez conform prevederilor legale aplicabile, respectiv: dreptul de a fi informat, dreptul de acces, dreptul la rectificare, dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016.*

***ANEXA PERSONAL SPECIALITATE-FARMACISTI***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***NR.CRT*** | ***NUME SI PRENUME*** | ***CNP*** | ***FUNCȚIA*** | ***NR AVIZ ANUAL*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |