

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al farmaciei/punctului de lucru.....aflată la adresa, str..... nr..... localitatea județul/sector telefon..... fax....., înregistrată la Registrul Comerțului.....cu certificatul de înmatriculare.....având contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal....., asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până în data....., asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic-farmacisti și asistenți de farmacie nr....., autorizații de liberă practică/certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România pentru un număr de.....angajați, conform tabelului, solicit evaluarea farmaciei/punctului de lucru.

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Farmaciilor și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Farmaciilor de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării farmaciei/punctului de lucru, precum și acces liber în spațiile acesteia.

Farmacia are următoarele puncte de lucru:

- 1.....adresa.....
- 2.....adresa.....
- 3.....adresa.....

Farmacia/punctul de lucru este condusă decare se legitimează cu BI/CI Seria.....Nr..... și are contractul de muncă nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Farmaciilor