

Farmacia S.C. \_\_\_\_\_

Catre,  
Colegiul Farmacistilor Gorj,

Subsemnatul (a).. .....

farmacist sef la ..... aflata la

adresa.....nr.....bl.....

localitatea..... judetul Gorj

tel..... fax..... solicit evaluarea

farmaciei pentru obtinerea CERTIFICATULUI de ATESTARE a  
REGULILOR de BUNA PRACTICA FARMACEUTICA.

Ma oblig prin prezenta sa furnizez evaluatorilor, informatiile si  
documentele necesare.

Data:

Semnatura: