

Farmacia  
Adresa: Localitate  
Str.  
Farmacist șef

Tel.  
Sector/Jud.

**TABEL CU PERSONALUL DE SPECIALITATE (FARMACIȘTI, ASISTENȚI DE FARMACIE)**

Nr. crt.	Nume și prenume (farmaciști, asistenți de farmacie)	CNP	Profesie	Al doilea furnizor aflat în contract cu casa/casele de asigurări de sănătate la care farmacistul își desfășoară activitatea*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
.....				
..				

Total farmaciști =

Total asistenți de farmacie =

\*Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 furnizori aflați în contract cu casa/casele de asigurări de sănătate.

Notă

Îmi asum întreaga responsabilitate privind corectitudinea datelor înscrise.

Neconformitatea datelor înscrise atrage după sine rezilierea contractului cu societatea comercială farmaceutică.

Anexa este obligatorie și va fi completată pentru fiecare farmacie-punct de lucru propusă pentru contract.

Data:

Reprezentat legal (semnătura și ștampila)