

Oświadczenie kandydata na kierownika

Ja niżej podpisana/y* mgr farm.

będący członkiem Okręgowej Izby Aptekarskiej w

posiadający identyfikator pracownika medycznego nr,

(w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28.04.2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia - identyfikator pracownika medycznego stanowi numer prawa wykonywania zawodu)

Adres do korespondencji

tel. kontaktowy.....

Oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej, na prowadzenie której zezwolenie posiada:

.....

(oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę)

W

.....

(dokładny adres apteki)

Oświadczam, że nie łączę funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej, punktu aptecznego, działu farmacji szpitalnej, apteki szpitalnej z funkcją, o której mowa w art. 2 pkt 21a–21c ustawy – Prawo farmaceutyczne (Osoby Wykwalifikowanej, Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej).

Oświadczam, że łączę / nie łączę funkcji kierownika apteki i działu farmacji szpitalnej albo dwóch działów farmacji szpitalnej.

W przypadku łączenia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej i kierownika działu farmacji szpitalnej należy wystąpić z wnioskiem o uzyskanie zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, na równoczesne pełnienie tych funkcji, o której mowa w art. 88 ust. 1c ustawy Prawo farmaceutyczne.

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenie apteki oraz zakresu odpowiedzialności na tym stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

Lp.	Miejsce pracy	stanowisko	Okres (..)	Rodzaj umowy	Wymiar czasu pracy
1			od		
			do		
2			od		
			do		
3			od		
			do		
4			od		
			do		
5			od		
			do		
6			od		
			do		
7			od		
			do		
8			od		
			do		
9			od		
			do		
10			od		
			do		

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis)