

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/ y* mgr farm.
posiadający identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia
28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (identyfikator stanowi numer prawa
wykonywania zawodu) Nr
oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika Apteki Ogólnodostępnej

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W
(dokładny adres apteki)

oraz, że nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni
farmaceutycznej/zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania przez stronę
zezwolenia na prowadzenie apteki. *

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

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy

(oznaczenie podmiotu i jego dokładny adres)

stanowisko

okres od - do

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość ,data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić