

.....
(przedsiębiorca-imię i nazwisko lub nazwa podmiotu)

dnia

.....
(adres)

**Podkarpacki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
* Delegatura w Krośnie / Delegatura
w Przemyślu / Delegatura w Tarnobrzegu**

**dotyczy: zmiany na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego /działu farmacji
szpitalnej*.**

**Informuję, że z dniem nastąpi zmiana na stanowisku kierownika apteki
ogólnodostępnej/ apteki szpitalnej/ punktu aptecznego/ działu farmacji szpitalnej*
mieszczącej się w-.....**

**Proponowany kandydat na stanowisko kierownika to Pan/Pani
..... zam.**

Zmiana powyższa spowodowana jest

.....
.....
.....

.....
(podpis)

***(niepotrzebne skreślić)**

Spis dokumentów wymaganych do zmiany na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej/ apteki szpitalnej/ apteki zakładowej/ punktu aptecznego/działu farmacji szpitalnej

Wniosek informujący o zmianie na stanowisku kierownika apteki/ punktu aptecznego/działu farmacji szpitalnej, wraz z następującymi załącznikami (należy złożyć kserokopie i oryginały do wglądu lub uwierzytelnione* kopie dokumentów):

(* poświadczane za zgodność z okazanym oryginałem dokumentu przez notariusza lub podmiot wydający dokument)

- ✓ **dyplom,**
- ✓ **prawo wykonywania zawodu** – w przypadku kandydata na stanowisko kierownika apteki/działu farmacji szpitalnej,
- ✓ **zaświadczenie o odbyciu 2-letniego stażu pracy/praktyki** – w przypadku kandydata na stanowisko kierownika punktu aptecznego,
- ✓ **dyplom specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej** (dotyczy kandydata na kierownika apteki),
- ✓ **oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika w pełnym wymiarze czasu pracy (na załączonym druku) wraz z przebiegiem pracy zawodowej,**
Oświadczenie należy wypełnić w sposób:
 - **czytelny,**
 - **z dokładnym podaniem całego przebiegu pracy zawodowej,**
 - **wskazaniem miejsca pracy z uwzględnieniem nazwy i dokładnego adresem apteki,**
 - **wskazaniem okresu zatrudnienia dzień/miesiąc/rok.**
- ✓ **świadcstwa pracy** (potwierdzenie wymaganego stażu pracy do objęcia funkcji kierownika apteki/punktu aptecznego/działu farmacji szpitalnej),
- ✓ **Uchwała Prezydium Okręgowej Izby Aptekarskiej w sprawie stwierdzenia rękojmi należytego prowadzenia apteki/działu farmacji szpitalnej.**

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 2011 r. 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/zrezygnuję z * funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub
hurtowni farmaceutycznej.

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

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy (nazwa, adres apteki)	Stanowisko (mgr farm., kierownik)	Okres od-do (dd/mm/rr - dd/mm/rr)
.....		
.....		
.....		

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/ y* mgr farm/tech. farm.

.....
oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika punktu aptecznego

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W
(dokładny adres apteki)

oraz, że nie pełnię/zrezygnuję z * funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej.

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

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy (nazwa, adres apteki)	Stanowisko (mgr farm., kierownik)	Okres od-do (dd/mm/rr - dd/mm/rr)
.....		
.....		
.....		

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

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 szpitalnej/apteki
zakładowej/działu farmacji szpitalnej

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W
(dokładny adres apteki)

oraz, że nie pełnię/zrezygnuję z * funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub
hurtowni farmaceutycznej.

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

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy (nazwa, adres apteki)	Stanowisko (mgr farm., kierownik)	Okres od-do (dd/mm/rr - dd/mm/rr)
.....		
.....		
.....		

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić