

## 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, dziale farmacji szpitalnej lub funkcji Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej, Osoby Wykwalifikowanej.

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)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego danych osobowych, w tym udostępnionych, w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

\* niepotrzebne skreślić