

## Wykaz dokumentów wymaganych do zmiany na stanowisku kierownika apteki szpitalnej lub apteki zakładowej

1. Wniosek informujący o zmianie na stanowisku kierownika apteki szpitalnej lub apteki zakładowej wraz z następującymi załącznikami (należy złożyć kserokopie i oryginały do wglądu lub uwierzytelnione\* kopie dokumentów; **oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika musi być w oryginale**).
2. **Dyplom\***.
3. **Prawo wykonywania zawodu\***.
4. **Dyplom specjalizacji z zakresu farmacji szpitalnej, klinicznej lub aptecznej.**
5. **Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika w pełnym wymiarze czasu pracy (w oryginale 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 adresu apteki,
  - wskazaniem okresu zatrudnienia dzień/miesiąc/rok.
6. **Świadectwa pracy\*** (potwierdzenie wymaganego stażu pracy do objęcia funkcji kierownika apteki szpitalnej lub apteki zakładowej: co najmniej dwuletni staż pracy w aptece szpitalnej lub zakładowej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy).

\* poświadczony za zgodność z okazanym oryginałem dokumentu przez notariusza, radcę prawnego, adwokata będącego pełnomocnikiem w sprawie lub podmiot wydający dokument. W przypadku gdy do złożenia dokumentów zostało udzielone pełnomocnictwo opłata do dokumentu stwierdzającego udzielenie pełnomocnictwa albo jego odpisu, wypisu lub uwierzytelnionej kopii wynosi 17 zł – opłaty dokonuje się na rachunek Urzędu Miasta Rzeszowa 17 1020 4391 2018 0062 0000 0423.

.....  
(oznaczenie podmiotu)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(adres)

**Podkarpacki Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny  
ul. Warszawska 12a  
35-205 Rzeszów**

## **W N I O S E K**

### **o zmianę kierownika apteki szpitalnej/apteki zakładowej\***

Na podstawie art. 88 ust. 2b oraz w związku z art. 107 ust.3 i 3a ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne wnoszę o zmianę kierownika apteki szpitalnej/apteki zakładowej.

Adres apteki szpitalnej/zakładowej\* .....

.....

Id apteki szpitalnej/zakładowej\* .....

Data zmiany .....

Stanowisko kierownika obejmuje:

Imię i nazwisko .....

PWZ ..... OIA ..... PESEL .....

Imię i nazwisko osoby, która zakończyła pełnienie funkcji kierownika szpitalnej/zakładowej\* .....

Przyczyna zmiany kierownika:

.....

.....

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.

.....  
(podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania podmiotu)

\* 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\*

.....  
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W .....  
(dokładny adres apteki)

oraz, że nie pełnię/zrezygnuję z \* funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym 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<br>(nazwa, adres apteki) | Stanowisko<br>(mgr farm., kierownik) | Okres od-do<br>(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