

.....
(podmiot prowadzący placówkę)

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* o nazwie mieszczącej się w

Proponowany kandydat na stanowisko kierownika to Pan/Pani

.....
identyfikator pracownika medycznego

Dane osoby, która zakończyła pełnienie funkcji kierownika

Przyczyna zmiany kierownika

.....

*(niepotrzebne skreślić)

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

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Spis dokumentów wymaganych do zmiany na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej

Wniosek informujący o zmianie na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej, 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**):

* 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 17zł – opłaty dokonuje się na rachunek Urzędu Miasta Rzeszowa.

- ✓ **dyplom,**
- ✓ **prawo wykonywania zawodu**
- ✓ **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.**
- ✓ **świadczenia pracy** (potwierdzenie wymaganego stażu pracy do objęcia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej: co najmniej roczny staż pracy w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy)
- ✓ **dokumenty wydane przez Podkarpacką Okręgową Izbę Aptekarską potwierdzające spełnianie niżej wymienionych warunków przez kierownika apteki szpitalnej/zakładowej:**
 - wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego,
 - wypełnia obowiązek członka samorządu aptekarskiego,
 - daje rękojmiej należytego prowadzenia apteki.