

## O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y mgr farm. ....  
legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr .....  
**w związku z moją nieobecnością w pracy** spowodowaną .....

.....  
powierzam pełnienie obowiązków kierownika apteki mieszczącej się w .....

.....  
**Pani/Panu mgr farm.** .....

legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr .....

od dnia ..... do dnia .....

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.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis **powierzającego** obowiązki)

Ja niżej podpisana/y mgr farm. ....

legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr .....

podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki mieszczącej się w .....

.....  
od dnia ..... do dnia .....

**w związku z nieobecnością w pracy** spowodowaną .....

.....  
**kierownika apteki mgr farm.** .....

legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr .....

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 i data)

.....  
(podpis **podjmującego** obowiązki)

## Wykaz dokumentów wymaganych do zmiany na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej

1. Wniosek informujący o zmianie na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej 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 aptecznej, klinicznej lub farmakologii\*** (jeżeli kandydat posiada),
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 adresem apteki,
  - wskazaniem okresu zatrudnienia dzień/miesiąc/rok.
6. **świadczenia pracy\*** (potwierdzenie wymaganego stażu pracy do objęcia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej: co najmniej dwuletni staż pracy w pełnym wymiarze czasu pracy w przypadku posiadania ww. specjalizacji lub co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze 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 17zł – opłaty dokonuje się na rachunek Urzędu Miasta Rzeszowa nr konta **17 1020 4391 2018 0062 0000 0423..**

.....  
(oznaczenie podmiotu)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(adres, NIP)

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

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

#### **Wniosek o zmianę kierownika apteki ogólnodostępnej**

Na podstawie art. 88 ust. 2b ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne wnoszę o zmianę kierownika apteki ogólnodostępnej.

Adres apteki.....

.....

Nazwa apteki (jeżeli dotyczy) .....

Id apteki .....

Data zmiany .....

Stanowisko kierownika obejmuje:

Imię i nazwisko .....

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

Imię i nazwisko osoby, która zakończyła pełnienie funkcji kierownika apteki

.....

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)

## 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