

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 / 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 aptek szpitalnej / działu farmacji szpitalnej* 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić