

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć podmiotu)

Z G Ł O S Z E N I E

zamiaru uruchomienia działu farmacji szpitalnej

Informuję, że dział farmacji szpitalnej.....

.....
(dokładny adres działu farmacji szpitalnej)

na prowadzenie którego wydane zostało przez Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego zezwolenie znak z dnia

zostanie uruchomiony w dniu

Kierownikiem działu jest

Dni i godziny pracy działu:

.....
Numery telefonu do działu Numer fax-u

Adres strony www.

adres e-mail do działu

Zakres działalności działu farmacji szpitalnej

Lp.	Zakres świadczonych usług farmaceutycznych	TAK	NIE
1.	Wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych		
2.	Udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych		
3.	Organizowanie zaopatrzenia podmiotu leczniczego w produkty lecznicze i wyroby medyczne		
4.	Udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków		
5.	Udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie podmiotu leczniczego		
6.	Udział w racjonalizacji farmakoterapii		
7.	Współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu		

Wykaz personelu według wzoru (w załączeniu).

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.

.....
(czytelny podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji podmiotu)

Wykaz personelu

Lp.	imię i nazwisko aptekarza lub technika farmaceutycznego	numer i data wydania dyplomu /świadectwa oraz nazwa uczelni lub szkoły	numer i data prawa wykonywania zawodu – zgodnie z Centralnym Rejestrem Farmaceutów specjalizacja - magister/ zaświadczenie o odbyciu 2-letniej praktyki – technik	wymiar i podstawa zatrudnienia
kierownik				
inny personel fachowy				

.....
(czytelny podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania podmiotu)