

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć podmiotu)

Z G Ł O S Z E N I E

zamiaru uruchomienia apteki szpitalnej

Informuję, że apteka szpitalna

.....
.....
(dokładny adres apteki)

na prowadzenie której, wydane zostało przez Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektora

Farmaceutycznego zezwolenie znak z dnia

zostanie uruchomiona w dniu

Kierownikiem apteki jest

Dni i godziny pracy apteki:.....

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

Adres strony www.

adres e-mail do apteki

Zakres działalności apteki szpitalnej

Lp.	Zakres świadczonych usług farmaceutycznych	TAK	NIE
1.	Wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych		
2.	Wydawanie środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1		
3.	Udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych		
4.	Sporządzanie leków recepturowych		
5.	Sporządzanie leków aptecznych		
6.	Sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego		
7.	Sporządzanie leków do żywienia dojelitowego		
8.	Przygotowywanie leków w dawkach dziennych w tym leków cytostatycznych		
9.	Wytwarzanie płynów infuzyjnych		
10.	Sporządzanie produktów radiofarmaceutycznych		
11.	Przygotowywanie roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnej		
12.	Organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne		
13.	Udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków		
14.	Udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala		
15.	Udział w racjonalizacji farmakoterapii		
16.	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)