

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(adres wnioskodawcy)

.....  
(nr PWZ)

**Podkarpacki Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny**

**WNIOSEK O UDZIELENIE ZGODY  
NA ŁĄCZENIE FUNKCJI KIEROWNIKA DWÓCH DZIAŁÓW FARMACJI SZPITALNEJ**

**DANE DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ nr 1:**

a) adres działu farmacji szpitalnej:

b) dane podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej (tj. podmiotu leczniczego lub regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa):

.....  
.....  
(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną - imię, nazwisko oraz adres prowadzenia działalności gospodarczej)

c) dni i godziny pracy działu farmacji szpitalnej:

d) zakres działalności działu farmacji szpitalnej:

Zgodnie z art. 87 ust. 4d ustawy Prawo farmaceutyczne: „Dział farmacji szpitalnej przeznaczony jest do:

1. zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony;
2. zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 4 oraz ust. 4 pkt 5, 7, 8 i 13-15 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, oraz czynności, o których mowa w art. 86 ust. 4, na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony.”

- e) rodzaj umowy w oparciu, o którą wnioskodawca będzie pełnił funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej (umowa o pracę/umowa zlecenia):
- .....
- f) wymiar czasu pracy kierownika w dziale farmacji szpitalnej (liczba godzin na dobę i ilość dni pracy w tygodniu):
- .....
- .....
- .....
- .....

**DANE DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ nr 2:**

- a) adres działu farmacji szpitalnej:  
.....
- b) dane podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej (tj. podmiotu leczniczego lub regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa):  
.....  
.....  
(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną - imię, nazwisko oraz adres prowadzenia działalności gospodarczej).
- c) dni i godziny pracy działu farmacji szpitalnej:  
.....  
.....
- d) zakres działalności działu farmacji szpitalnej:

(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną - imię, nazwisko oraz adres prowadzenia działalności gospodarczej).

- c) dni i godziny pracy działu farmacji szpitalnej:

- d) zakres działalności działu farmacji szpitalnej:

Zgodnie z art. 87 ust. 4d ustawy Prawo farmaceutyczne: „*Dział farmacji szpitalnej przeznaczony jest do:*

1. *zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony;*
2. *zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 4 oraz ust. 4 pkt 5, 7, 8 i 13-15 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, oraz czynności, o których mowa w art. 86 ust. 4, na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony.”*

- e) rodzaj umowy w oparciu, o którą wnioskodawca będzie pełnił funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej (umowa o pracę/umowa zlecenia)

.....

- f) wymiar czasu pracy kierownika w dziale farmacji szpitalnej (liczba godzin na dobę i ilość dni pracy w tygodniu):

.....

.....

.....

.....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Do wniosku należy dołączyć kserokopie dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem:

- 1) potwierdzających uprawnienia zawodowe (prawo wykonywania zawodu, dyplom, świadectwo specjalizacji);
- 2) dokumenty potwierdzające wymiar zatrudnienia w jednostkach, których dotyczy wniosek, tj. aptece i dziale farmacji szpitalnej (np. umowę o pracę, umowę zlecenia, zaświadczenie pracodawcy/zleceniodawcy);
- 3) dokumenty przedstawiające zakres wykonywanych usług farmaceutycznych w jednostkach, których dotyczy wniosek;
- 4) Potwierdzenie wykonania opłaty skarbowej za wydanie decyzji administracyjnej w kwocie 10 zł., na rachunek Urzędu Miasta Rzeszowa - **90 1240 6960 3851 0062 0000 0423**.