

**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 ogólnodostępnej:

oznaczenie przedsiębiorcy .....

nazwa apteki .....

dokładny adres apteki .....

oraz, że nie będę pełnił/a funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej/  
 zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwil otrzymania przez stronę zezwolenia na prowadzenie apteki  
 ogólnodostępnej

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki ogólnodostępnej oraz odpowiedzialność na tym  
 stanowisku.

**Przebieg pracy zawodowej**

Miejsce pracy		Stanowisko	Okres od – do	Wymiar czasu pracy	Rodzaj umowy o pracę
Przedsiębiorca (nazwa i adres)	Nazwa i adres apteki				

## Przebieg pracy zawodowej

Miejsce pracy		Stanowisko	Okres od – do	Wymiar czasu pracy	Rodzaj umowy o pracę
Przedsiębiorca (nazwa i adres)	Nazwa i adres apteki				

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
(data)

.....  
(podpis)

### **W załączeniu:**

- dyplom ukończenia studiów
- prawo wykonywania zawodu aptekarza/farmaceuty,
- dokumenty potwierdzające posiadanie odpowiedniego stażu pracy w aptece oraz ewentualnej specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej (dyplom specjalizacji)

***Uwaga:*** dokumenty (dyplom, prawo wykonywania zawodu, dokumenty potwierdzające posiadanie odpowiedniego stażu pracy w aptece oraz ewentualnej specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej), winny być uwierzytelnionymi kopiami, zgodnie z art.76a §2 Kpa.