

OŚWIADCZENIE

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

adres apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej*

.....

oraz, że nie będę pełnił/a funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej/
zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania zgody na uruchomienie apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej.

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej 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				

ciąg dalszy oświadczenia na str. 2

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.*

*niepotrzebne skreślić