

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y mgr farm./technik 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 lub nr PESEL - w przypadku osób, którym nie nadano numeru prawa wykonywania zawodu)

Nr

oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika punktu aptecznego:

oznaczenie przedsiębiorcy

nazwa punktu aptecznego

dokładny adres punktu aptecznego.....

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

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia punktu aptecznego 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 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 / studium zawodowego
- prawo wykonywania zawodu aptekarza/farmaceuty,
- dokumenty potwierdzające posiadanie odpowiedniego stażu pracy w aptece

***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.*