

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a mgr. farm
 posiadający/a identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17 c 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

.....

adres apteki

.....

oraz oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub
 funkcji osoby odpowiedzialnej w hurtowni farmaceutycznej. (*)

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
Przedsiębiorca (Nazwa i adres)	Nazwa apteki i adres apteki				

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ

Miejsce pracy		Stanowisko	Okres od - do	Wymiar czasu pracy	Rodzaj umowy
Przedsiębiorca (Nazwa i adres)	Nazwa apteki i adres apteki				

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

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 kandydata na kierownika tj. dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu aptekarza/farmaceuty i dokumenty potwierdzające posiadanie odpowiedniego stażu pracy w aptece winny być uwierzytelnionymi kopiami, zgodnie z art. 76a §2 oraz 2b k.p.a. Oświadczenia kierownika i wnioskodawcy muszą być oryginałami.

(*) – niepotrzebne skreślić