Załącznik nr 2

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 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (identyfikator stanowi numer prawa wykonywania zawodu) nr ……

oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika punktu aptecznego

oznaczenie przedsiębiorcy ……..

……..

adres punktu aptecznego ……

……..

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 punktu aptecznego 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**				

Załącznik nr 2

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/dyplom uzyskania tytułu zawodowego technika farmaceuty
- prawo wykonywania zawodu aptekarza/farmaceuty
- dokumenty potwierdzające posiadanie odpowiedniego stażu pracy w aptece

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