.....
(miejscowość, data)

.....

.....
(oznaczenie podmiotu leczniczego nazwa, adres, NIP, KRS)

.....
(telefon kontaktowy)

Dolnośląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50-069 Wrocław

WNIOSEK O ZMIANĘ KIEROWNIKA APTEKI SZPITALNEJ / APTEKI ZAKŁADOWEJ *

W związku z art. 88 ust. 2b ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne **wnoszę o zmianę kierownika** apteki szpitalnej / apteki zakładowej *

1. Data planowanej zmiany kierownika: ……
2. Adres apteki ……
   ……
3. Dane kandydata na kierownika:
   imię i nazwisko .....
   numer prawa wykonywania zawodu *(identyfikator pracownika medycznego)* .....
4. Dane osoby, która kończy pełnienie funkcji kierownika:
   imię i nazwisko .....
   numer prawa wykonywania zawodu *(identyfikator pracownika medycznego)* .....
   data zakończenia pełnienia funkcji kierownika ……
5. Przyczyna zmiany kierownika:
   ……
   ……

W załączeniu przedkładam oświadczenie kandydata o podjęciu się pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej / apteki zakładowej* *(na załączonym druku)* **wraz z dokumentami kandydata na kierownika wymienionymi w niniejszym oświadczeniu.**

……
(czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)

UWAGA:

- Załączone do niniejszego wniosku oświadczenie kierownika winno być oryginałem a kopie dokumentów kandydata na kierownika winny być uwierzytelnionymi kopiami, zgodnie z art. 76a §2 oraz 2b k.p.a.
- Zmiana kierownika apteki wymaga złożenia przez podmiot prowadzący aptekę wniosku do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, nie później niż 30 dni przed planowaną zmianą, a jeżeli zmiana kierownika apteki jest spowodowana zdarzeniem, na które apteka nie miała wpływu - niezwłocznie po zaistnieniu tego zdarzenia.

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 szpitalnej /apteki zakładowej*

oznaczenie przedsiębiorcy ……..
……..
adres apteki ……..
……..

Oświadczam, że nie łączę funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej, punktu aptecznego, działu farmacji szpitalnej, apteki szpitalnej z funkcją, o której mowa w art. 2 pkt 21a–21c ustawy – Prawo farmaceutyczne *(Osoby Wykwalifikowanej, Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej).*

Oświadczam, że łączę / nie łączę* funkcji kierownika apteki i działu farmacji szpitalnej albo dwóch działów farmacji szpitalnej.

W przypadku łączenia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej i kierownika działu farmacji szpitalnej należy wystąpić z wnioskiem o uzyskanie zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, na równoczesne pełnienie tych funkcji, o której mowa w art. 88 ust. 1c ustawy Prawo farmaceutyczne.

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenie apteki oraz zakresu odpowiedzialności 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.

…… *(miejscowość, data)*

…….. *(podpis kandydata podejmującego się pełnienia obowiązków kierownika)*

W załączeniu:

1. Dyplom ukończenia studiów na kierunku farmacja.
2. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty.
3. Dyplom specjalizacji w d□i□d□i□ f□rm□cji □□pit□l□□j, f□rm□cji kli□ic□□□j lub f□rm□cji □pt□c□□□j;
4. Świadectwa pracy potwierdzające wymagany staż pracy do objęcia funkcji kierownika:
   - co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece szpitalnej lub zakładowej w p□ł□ym wymi□r□□ c□□□u pr□cy lub rów□ow□ż□iku c□□□u pr□cy;

UWAGA:

- *Oświadczenie kierownika musi być oryginałem (winno być wypełnione czytelnie i dokładnie).*
- *Dokumenty kandydata na kierownika tj. dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji oraz dokumenty potwierdzające posiadanie odpowiedniego stażu pracy w aptece winny być uwierzytelnionymi kopiami, zgodnie z art. 76a §2 oraz 2b k.p.a.*

*** – niepotrzebne skreślić**

……..……
(miejscowość, data)

……..
(Imię i Nazwisko farmaceuty)

……..
(Nr Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty)

Dolnośląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50-069 Wrocław

Informuję, że z dniem ……. **przestaję pełnić funkcję kierownika** apteki ogólnodostępnej / apteki szpitalnej / apteki zakładowej/ punktu aptecznego / działu farmacji szpitalnej / lub hurtowni farmaceutycznej *****

nazwa placówki ……...……

adres placówki ……..……

……..……..

(podpis kierownika)

*** niepotrzebne skreślić**