……..
(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 DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ**

**Informuję o <u>zmianie kierownika działu farmacji szpitalnej.</u>**

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

**W załączeniu przedkładam <u>oświadczenie kandydata</u> o podjęciu się pełnienia obowiązków kierownika działu farmacji szpitalnej** *(na załączonym druku)* **<u>wraz z dokumentami</u> kandydata na kierownika wymienionymi w niniejszym oświadczeniu.**

……..……..……
(czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu )

**<u>UWAGA:</u>**

- 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.

**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 działu farmacji szpitalnej**

……..……

*(adres działu farmacji szpitalnej)*

Prowadzonego przez podmiot leczniczy ……

……..……

……..……

*(nazwa i adres podmiotu leczniczego)*

**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 działu farmacji szpitalnej 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. Świadectwa pracy potwierdzające wymagany staż pracy do objęcia funkcji kierownika:
   - co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy;

**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**