……..
(miejscowość, data)

……

……
(oznaczenie podmiotu prowadzącego punkt apteczny nazwa, adres, NIP, KRS)

……
(telefon kontaktowy)

Dolnośląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50-069 Wrocław

WNIOSEK O ZMIANĘ KIEROWNIKA PUNKTU APTECZNEGO

Informuję o zmianie kierownika punktu aptecznego.

1. Data planowanej zmiany kierownika: …….
2. Nazwa i adres placówki: ……...…….....……..……
   ……...…….....……..……
3. Dane kandydata na kierownika:
   imię i nazwisko .....……...……
   numer prawa wykonywania zawodu *(w przypadku mgr. farm.)* ....…….....
   numer PESEL *(w przypadku technika farmaceutycznego):* .....…….....
4. Dane osoby, która kończy pełnienie funkcji kierownika:
   imię i nazwisko .....……...……
   numer prawa wykonywania zawodu *(w przypadku mgr. farm.)* ....…….....
   numer PESEL *(w przypadku technika farmaceutycznego):* .....…….....
   data zakończenia pełnienia funkcji kierownika ……
5. Przyczyna zmiany kierownika:
   ……..……
   ……..……

W załączeniu przedkładam oświadczenie kandydata o podjęciu się pełnienia obowiązków kierownika punktu aptecznego *(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.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a ……..……
posiadający/a w przypadku mgr. farm - 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 ……
PESEL nr ……

Oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków **kierownika punktu aptecznego**

oznaczenie przedsiębiorcy ……..
……..
adres punktu aptecznego ……..
……..

Oświadczam, że nie pełnię / zrezygnuję* z funkcji kierownika w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej, funkcji Osoby Wykwalifikowanej, Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej.

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenie punktu aptecznego 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 / technikum farmaceutycznego.
2. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty *(w przypadku, gdy kierownikiem będzie farmaceuta).*
3. Świadectwa pracy potwierdzające wymagany staż pracy do objęcia funkcji kierownika:
   - farmaceuta – roczny staż pracy w aptekach ogólnodostępnych,
   - technik farmaceutyczny – trzyletni staż pracy w aptekach ogólnodostępnych.

UWAGA:

- *Oświadczenie kierownika musi być oryginałem (winno być wypełnione czytelnie i dokładnie).*
- *Dokumenty kandydata na kierownika tj. dyplom: ukończenia studiów / technikum farmaceutycznego, prawo wykonywania zawodu 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 kierownika)

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**