

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć podmiotu)

INFORMACJA O URUCHOMIENIU DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ

Informuję, że dział farmacji szpitalnej.....

.....
.....

(dokładny adres działu farmacji szpitalnej)
na prowadzenie którego wydane zostało przez Zachodniopomorskiego Wojewódzkiego Inspektora
Farmaceutycznego w Szczecinie

zezwoleń znak z dnia

zostanie uruchomiony w dniu

Kierownikiem działu jest

Dni i godziny pracy działu:.....

.....
.....

Numery telefonu do działu Numer fax-u

Adres strony www.

adres e-mail do działu

Zakres działalności działu farmacji szpitalnej

Lp.	Zakres świadczonych usług farmaceutycznych	TAK	NIE
1.	Wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych		
2.	Udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych		
3.	Organizowanie zaopatrzenia podmiotu leczniczego w produkty lecznicze i wyroby medyczne		
4.	Udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków		
5.	Udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie podmiotu leczniczego		
6.	Udział w racjonalizacji farmakoterapii		
7.	Współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu		

.....
(czytelny podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji podmiotu)