

Oświadczenie kandydata na kierownika apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej

Ja niżej podpisana/y* mgr farm.

Świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia niniejszym „**Oświadczam, że posiadam uprawnienia do kierowania apteką szpitalną/ działem farmacji szpitalnej** wymagane przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r., poz. 944 ze zmianami), tj.

- **posiadam dyplom ukończenia studiów farmaceutycznych** z dnia wydany przez

.....

- **posiadam identyfikator pracownika medycznego** nr,

(w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28.04.2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia - identyfikator pracownika medycznego stanowi numer prawa wykonywania zawodu)

- **aktualnie jestem członkiem** Okręgowej Izby Aptekarskiej w.....

- **posiadam** - letni staż pracy wymagany dla pełnienia funkcji kierownika apteki.

Adres do korespondencji

tel. kontaktowy.....

Oświadczam, że z dniem podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej, na prowadzenie której zgodę posiada:

.....

(oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę)

W

.....

(dokładny 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

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:

Lp.	Miejsce pracy	stanowisko	Okres (.. ..)	Rodzaj umowy	Wymiar czasu pracy
1			od		
			do		
2			od		
			do		
3			od		
			do		
4			od		
			do		
5			od		
			do		
6			od		
			do		
7			od		
			do		
8			od		
			do		
9			od		
			do		
10			od		
			do		

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)