## 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, ze 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 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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

................................................                                                         ….............................................................................

            *(*miejscowość, data)                                                                                 (czytelny podpis)