………..……......................, dnia ........................

**Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Szwajcarska 5**

**61-285 Poznań**

**Wnioskodawca (podmiot prowadzący aptekę):**

……………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………..…………

adres: ……………………………………….…………………………………………..

NIP: ……………………………..

prowadzący aptekę szpitalną:

adres: ……………………………………………………………………………….….

ID: ……………………………….. (dalej: Apteka).

**Wniosek o zmianę kierownika apteki szpitalnej**

Działając w imieniu Wnioskodawcy prowadzącego Aptekę, wnoszę o zmianę kierownika Apteki w zakresie jak poniżej:

* 1. Data zmiany kierownika apteki[[1]](#footnote-1):
* planowana z dniem ……………………… r. (nie wcześniej niż 30 dni przed datą złożenia wniosku).
* ……………………………. r. (faktyczna zmiana kierownika apteki spowodowana zdarzeniem, na które Apteka nie miała wpływu – opisanym w pkt 4 poniżej).
	1. Dane kandydata na kierownika Apteki:
1. imię i nazwisko farmaceuty: ……………………………………………………………………………………..……….;
2. numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty: …………………………………………..………………..;
	1. Dane dotychczasowego kierownika Apteki:
3. imię i nazwisko farmaceuty: ………………………………………………………………………….………………….;
4. numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty: ……………………………………………….…………..;
	1. Przyczyna zmiany kierownika Apteki[[2]](#footnote-2):
* zmiana planowana ……………………………………………………………………………………………………….
* zmiana spowodowana zdarzeniem, na które Apteka nie miała wpływu, tj.: …………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………..…………………………………

 Podpis[[3]](#footnote-3)

**DOKUMENTY WYMAGANE DO ZMIANY NA STANOWISKU KIEROWNIKA APTEKI SZPITALNEJ lub APTEKI ZAKŁADOWEJ**

***Należy złożyć kopie dokumentów zgodnie z art.  76a §  2*** ***Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 735)*** ***„Zamiast oryginału dokumentu strona może złożyć odpis dokumentu, jeżeli jego zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym.”***

* wniosek (ORYGINAŁ),
* dyplom,
* prawo wykonywania zawodu
* dyplom specjalizacji z zakresu farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej lub farmacji aptecznej *(jeżeli kandydat posiada)*
* oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika w pełnym wymiarze czasu pracy *(na załączonym druku)* wraz z przebiegiem pracy zawodowej (ORYGINAŁ).

Oświadczenie należy wypełnić w sposób:

- czytelny,

- z dokładnym podaniem całego przebiegu pracy zawodowej,

- wskazaniem miejsca pracy z uwzględnieniem nazwy i dokładnego adresu apteki,

- wskazaniem okresu zatrudnienia dzień/miesiąc/rok.

* dokumenty potwierdzające spełnienie łącznie niżej wymienionych warunków przez kierownika apteki:
* co najmniej dwuletni staż pracy w aptece szpitalnej lub apteki zakładowej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy (np. świadectwa pracy);
* wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego,
* wypełnia obowiązek członka samorządu aptekarskiego,
* daje rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika apteki.

## Oświadczenie kandydata na kierownika

Ja niżej podpisana/y\* mgr farm.

..................................................................................................................................................

będący członkiem Okręgowej Izby Aptekarskiej w ………………………………………………..

posiadający 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)*

Adres do korespondencji

……………………………………………………………………………………………………………

tel. kontaktowy……………………………………………………………………………………….....

**Oświadczam**, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy, utworzonej przez podmiot leczniczy:

....................................................................................................................................................

*(oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę)*

wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem księgi:

…....................................................................., oznaczenie organu ….....................................

w.................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………

*(dokładny adres apteki)*

**Oświadczam**, że **nie łączę** funkcji kierownika apteki szpitalnej z funkcją, o której mowa w art. 2 pkt 21a–21c ustawy Prawo farmaceutyczne *(Osoby Wykwalifikowanej, Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej).*

**Oświadczam**, że **nie pełnię funkcji** kierownika innej apteki/ punktu aptecznego.

**Oświadczam**, że **łączę / nie łączę\*** funkcji kierownika apteki i działu farmacji szpitalnej.

*W przypadku łączenia funkcji kierownika apteki szpitalnej 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 prowadzenia apteki oraz zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

\* właściwe podkreślić

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

       *(*miejscowość, data)                                          (czytelny podpis)

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)

1. Niewłaściwe skreślić. Uzupełnić o datę zmiany. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić. We właściwym opisać przyczynę zmiany kierownika apteki [↑](#footnote-ref-2)
3. Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu prowadzącego Aptekę [↑](#footnote-ref-3)