………………………

*(miejscowość, data)*

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

**Wielkopolski Wojewódzki**

## Inspektor Farmaceutyczny

ul. Szwajcarska 5

61-285 Poznań

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

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

*(nazwa i adres podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej )*

**WNIOSEK O ZMIANĘ NA STANOWISKU**

**KIEROWNIKA DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ**

Na podstawie art. 93 ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 974 ze zm.) wnoszę o zmianę na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej:

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

*(nazwa działu farmacji szpitalnej - jeżeli dotyczy)*

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

*(adres działu farmacji szpitalnej )*

od dnia ………………………………………………………………………………………………….

z powodu ….…..........................................................................................................................

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

*(przyczyna zmiany kierownika działu farmacji)*

Kandydatem/kandydatką (\*) na stanowisko kierownika w/w działu jest:

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

*(imię i nazwisko farmaceuty)*

posiadający/posiadająca (\*) prawo wykonywania zawodu numer ……………..……………..….

*(numer prawa wykonywania zawodu)*

Z dniem ………………………… następuje zakończenie pracy przez dotychczasowego kierownika, tj…………………………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko farmaceuty)*

…………………..……………………………………

*(czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)*

***(\*) niepotrzebne skreślić***

**DOKUMENTY WYMAGANE DO ZMIANY NA STANOWISKU KIEROWNIKA DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ**

***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 z podaniem wymiaru 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 działu farmacji szpitalnej:
* posiada co najmniej roczny staż pracy w aptece lub dziale farmacji szpitalnej 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.

Załącznik  nr 1

**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 działu farmacji szpitalnej,

w wymiarze czasu pracy …………………………………utworzonej przez podmiot leczniczy:

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

*(oznaczenie  podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej)*

wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem księgi:

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

od dnia........................................................................................................................................

w…………………………………………………………………………………………………………

*(dokładny adres działu farmacji szpitalnej)*

**Oświadczam**, że nie łączę funkcji kierownika działu farmacji 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 dwóch działów farmacji szpitalnej.

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

*W przypadku łączenia funkcji kierownika apteki i kierownika działu farmacji szpitalnej oraz dwóch działów 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 zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

\* właściwe podkreślić

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

       *(*miejscowość, data)                                            (czytelny podpis)

Przebieg pracy zawodowej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miejsce pracy | Stanowisko | Okres( **.. .. ….** ) | Forma zatrudnienia | 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)