**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja, niżej podpisany/a\* mgr farm. ................................................................................................ posiadający/a identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia nr: …………..…………………….

(numer prawa wykonywania zawodu)

**oświadczam, że:**

1. **posiadam** co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy;
2. **daję** rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej;
3. **wypełniam** obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
4. **wypełniam** obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
5. **nie pełnię** funkcji Osoby Kompetentnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21a ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**;
6. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Kompetentnej z dniem ………….………….**(\*)**;
7. **nie pełnię** funkcji Osoby Odpowiedzialnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21b ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**,
8. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Odpowiedzialnej z dniem …….………….……**(\*)**;
9. **nie pełnię** funkcji Osoby Wykwalifikowanej (w rozumieniu art. 2 pkt 21c ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**;
10. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Wykwalifikowanej z dniem …….……….……**(\*)**;
11. **nie pełnię** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej **(\*)**;
12. **zaprzestaję** **pełnienia** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej z dniem .………….**(\*)**;
13. **pełnię funkcję kierownika apteki ogólnodostępnej,** zlokalizowanej w: …………………………………..…………………………………………………………………………………….. **i zamierzam łączyć tę funkcję z funkcją kierownika działu farmacji szpitalnej (\*)**;
14. **nie pełnię** funkcji kierownika apteki szpitalnej **(\*)**;
15. **zaprzestaję** **pełnienia** funkcji kierownika apteki szpitalnej z dniem ………….………**(\*)**;
16. **pełnię funkcję kierownika apteki szpitalnej**, zlokalizowanej w: …………………………………..……………………………………………….……………………………………... **i zamierzam łączyć tę funkcję z funkcją kierownika działu farmacji szpitalnej (\*)**;
17. **nie pełnię** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej **(\*)**;
18. **zaprzestaję pełnienia** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej z dniem ……………… **(\*)**;
19. **pełnię funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej,** zlokalizowanego w: …………………………………..……………………………….……………………………………………………………………. **i zamierzam być równocześnie kierownikiem dwóch działów farmacji szpitalnej(\*).**

**(\*) właściwe podkreślić / zaznaczyć**

**W przypadku zamiaru łączenia funkcji kierownika apteki i kierownika działu farmacji szpitalnej** **albo 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.**

*Art. 88 ust.1 c i 1 d Prawa farmaceutycznego*

*„Farmaceuta może być równocześnie kierownikiem apteki i działu farmacji szpitalnej* *albo dwóch działów farmacji szpitalnej po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, a w przypadku podmiotów nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej - Naczelnego Inspektora Farmaceutycznego Wojska Polskiego, który uwzględni wymiar zatrudnienia farmaceuty w tych jednostkach, zakres wykonywanych usług farmaceutycznych oraz godziny czynności każdej z nich. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny udziela zgody, o której mowa w ust. 1c, w drodze decyzji.*

*‘*

**i podejmuję się pełnienia** od dnia ………………………………….. obowiązków kierownika działu farmacji szpitalnej

**utworzonego w:**

(nazwa i adres zakładu leczniczego/zakładu opiekuńczo-leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego/ regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa)

|  |
| --- |
|  |

**Prowadzonego przez:**

(nazwa i adres podmiotu leczniczego lub regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa)

|  |
| --- |
|  |

**Adres działu farmacji szpitalnej:**

(ulica, nr lok., miejscowość, kod pocztowy)

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, że znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia działu farmacji szpitalnej oraz zakres odpowiedzialności na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej.

Do oświadczenia dołączam opis przebiegu mojej pracy zawodowej.

………………………………………… (miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

**Przebieg pracy zawodowej:**

**mgr farm. ………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)