## 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 funkcji kierownika** **apteki ogólnodostępnej**

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

*(oznaczenie  podmiotu ubiegającego się o zezwolenie na prowadzenie apteki)*

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

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 **nie łączę** funkcji kierownika apteki i kierownika innej apteki/punktu aptecznego/ zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania przez stronę zezwolenia na prowadzenie apteki**\***.

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

\* niepotrzebne skreślić

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

       *(*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)

## 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:

- wypełniam obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego

- wypełniam obowiązek członka samorządu aptekarskiego

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

       *(*miejscowość, data)                                          (czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić