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

**Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Szwajcarska 5**

**61-285 Poznań**

**Wnioskodawca (podmiot prowadzący aptekę):**

………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………….…

adres: …………………………………………………………………..

NIP: ……………………………………………………………………..

**prowadzący aptekę (nazwa apteki):**

……………………………………………………………………….…..

adres: ………………………………….……………………………...

ID: ……………………………………………….……………………..

(dalej: Apteka).

**Wniosek o zmianę na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej**

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:
2. imię i nazwisko farmaceuty: ……………………………………………………………………………………….;
3. numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty: ……………………………………………………..;
4. Dane dotychczasowego kierownika Apteki:
5. imię i nazwisko farmaceuty:......................……………………….…………………………………………………….;
6. numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty: …………………………….……………………………..;
7. Przyczyna zmiany kierownika Apteki[[2]](#footnote-2):
* zmiana planowana …………………………………………………………………………………………………
* zmiana spowodowana zdarzeniem, na które Apteka nie miała wpływu, tj.: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

………….…………………………………………

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

*Art.88 ust. 2b. ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne*

*Zmiana kierownika apteki wymaga złożenia przez podmiot prowadzący aptekę wniosku do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego,* ***nie później niż 30 dni przed planowaną zmianą****, a jeżeli zmiana kierownika apteki jest spowodowana zdarzeniem, na które apteka nie miała wpływu – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.*

**WYKAZ DOKUMENTÓW WYMAGANYCH DO ZMIANY NA STANOWISKU KIEROWNIKA APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ**

***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 aptecznej, farmacji klinicznej lub farmakologii *(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 posiadanie co najmniej dwuletniego stażu pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy w przypadku posiadania specjalizacji lub posiada co najmniej pięcioletniego stażu pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy (np. świadectwa pracy);
* oświadczenie kandydata, że wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego, oraz wypełnia obowiązek członka samorządu aptekarskiego.

## 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 ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy, na prowadzenie której **zezwolenie posiada**:

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

*(oznaczenie  podmiotu prowadzącego aptekę)*

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.

**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.*

**Znane mi są przepisy** w sprawie prowadzenie apteki oraz zakresu odpowiedzialności na tym stanowisku.

**\* niewłaściwe 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)

\* niewłaściwe skreślić

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)