**FORMULARZ** **ZGŁOSZENIA**

 **POWIERZENIE ZASTĘPSTWA KIEROWNIKA APTEKI NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ 30 DNI**

1. **NAZWA I ADRES APTEKI:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **OZNACZENIE PRZEDSIĘBIORCY PROWADZĄCEGO APTEKĘ:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **IMIĘ I NAZWISKO KIEROWNIKA APTEKI:**

…………………………………………………………………………………………………

1. **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZASTĘPUJĄCEJ KIEROWNIKA APTEKI:**

…………………………………………………………………………………………………

Staż pracy:

…………………………………………………………………………………………………

Posiadana specjalizacja:

…………………………………………………………………………………………………

1. **OKRES, NA KTÓRY POWIERZONO ZASTĘPSTWO:**

…………………………………………………………………………………………………

1. **FORMA I WYMIAR ZATRUDNIENIA FARMACEUTY W TRAKCIE WYPEŁNIANIA OBOWIĄZKÓW POWIERZONEGO MU ZASTĘPSTWA:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**7. PRZYCZYNA POWIERZENIA ZASTĘPSTWA (odpowiednie podkreślić)**

- urlop macierzyński i wychowawczy

- urlop bezpłatny

- choroba

- inne przyczyny (jakie?)

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. **OŚWIADZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA OBJĘCIE ZASTĘPSTWA:**

*Wyrażam zgodę na objęcie zastępstwa kierownika apteki wymienionej w pkt.1 oraz oświadczam, że spełniam wymagania ustawowe określone w art.88 ust.2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686) dla osoby pełniącej funkcję kierownika apteki*

*miejscowość i data ………………………….…………………….*

*podpis farmaceuty zastępującego kierownika apteki*

*……………………………………………………….…*

*podpis farmaceuty powierzającego zastępstwo kierowania apteką \**

*………………………………...………..*

*….................................................*

*data i czytelny podpis przedsiębiorcy*

*\*nie dotyczy- jeżeli nieobecność kierownika apteki wynika z przyczyn uniemożliwiających złożenie podpisu.*

*Przygotowano na podstawie:*

*Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 154).*

**WYKAZ DOKUMENTÓW WYMAGANYCH DO POWIERZENIA ZASTĘPSTWA KIEROWNIKA APTEKI NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ 30 DNI**

1. kopia dyplomu ukończenia studiów,
2. kopia prawa wykonywania zawodu,
3. dyplom specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii - jeżeli kandydat posiada,
4. **oryginał zgłoszenia powierzenia zastępstwa kierownika apteki na okres dłuższy niż 30 dni,**
5. informacje o spełnieniu przez osobę –farmaceutę - zastępującego kierownika apteki wymagań zgodnie z art. 88 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne:
* posiada tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii oraz co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy, albo posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy (np. świadectwa pracy);
* wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
* wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
* daje rękojmię należytego prowadzenia apteki.

\*\*\*

***Należy złożyć kopie dokumentów zgodnie z art.  76a §  2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego*** ***(t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 572) „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.”***