O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana / y* mgr farm. .....

posiadający identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (identyfikator stanowi numer prawa wykonywania zawodu) Nr .....

oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków **kierownika Apteki Szpitalnej**

.....

(oznaczenie podmiotu leczniczego)

w .....

(dokładny adres apteki)

oraz, że nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej / zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania przez stronę zezwolenia na prowadzenie apteki. *

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

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy	**Stanowisko**	**okres od - do**

....

miejscowość, data podpis

** niepotrzebne skreślić*

W załączeniu:

1. dyplom ukończenia studiów,
2. prawo wykonywania zawodu farmaceuty (aptekarza),
3. dokumenty potwierdzające 5-letni staż pracy w aptece lub 3-letni staż pracy w aptece w przypadku, gdy farmaceuta posiada specjalizację z zakresu farmacji aptecznej oraz dyplom specjalizacji,
4. stanowisko właściwej Okręgowej Rady Aptekarskiej wyrażające ocenę kandydata na kierownika apteki w zakresie rękojmi należytego jej prowadzenia (np. opinia, zaświadczenie).