

.....
.....
.....
.....
.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(nazwa i adres podmiotu prowadzącego aptekę ogólnodostępną)

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
A.IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

**WNIOSEK O ZMIANĘ NA STANOWISKU
KIEROWNIKA APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ**

Składam wniosek o zmianę na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej:

.....
(nazwa apteki ogólnodostępnej- jeżeli dotyczy)

.....
(adres apteki ogólnodostępnej)

od dnia z powodu

.....
(przyczyna zmiany kierownika apteki)

Kandydatem/kandydatką (*) na stanowisko kierownika w/w apteki jest:

.....
(imię i nazwisko farmaceuty)

posiadający/posiadająca (*) prawo wykonywania zawodu numer

(numer prawa wykonywania zawodu)

Z dniem następuje zakończenie pracy przez dotychczasowego
kierownika, tj.....

(imię i nazwisko farmaceuty)

.....
(czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

(*) niepotrzebne skreślić

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 tego zdarzenia.

DOKUMENTY WYMAGANE DO ZMIANY NA STANOWISKU KIEROWNIKA APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ

Wniosek informujący o zmianie na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej wraz z załącznikami *(należy złożyć uwierzytelnione przez notariusza lub podmiot wydający dokument kopie dokumentów)*:

- dyplom,
- prawo wykonywania zawodu
- dyplom specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej, 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.
- świadectwa pracy *(potwierdzające wymagany staż pracy do objęcia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej: co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy w przypadku posiadania specjalizacji lub posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy),*

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 ogólnodostępnej w :

.....
.....
(dokładny adres apteki)

prowadzonej przez

.....
(dane przedsiębiorcy)

oraz, że nie pełnię/zrezygnuję z * funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej. Będę informować Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny o osobie wyznaczonej na zastępstwo na czas mojej nieobecności dłuższej niż 30 dni ,jak również o rezygnacji ze stanowiska kierownika.

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

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy (dokładny adres)	stanowisko , wymiar czasu pracy (mgr farm., kierownik)	okres od - do (dd/mm/rr - dd/mm/rr)
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić