



## **DOKUMENTY WYMAGANE DO ZMIANY NA STANOWISKU KIEROWNIKA APTEKI SZPITALNEJ lub APTEKI ZAKŁADOWEJ**

Wniosek informujący o zmianie na stanowisku kierownika apteki szpitalnej lub zakładowej 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 (*potwierdzenie wymaganego stażu pracy do objęcia funkcji kierownika apteki szpitalnej lub apteki zakładowej: co najmniej dwuletni staż pracy w aptece szpitalnej lub zakładowej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy*)
- dokumenty wydane przez okręgową izbę aptekarską, której farmaceuta jest członkiem potwierdzające spełnianie niżej wymienionych warunków przez kierownika apteki szpitalnej/zakładowej:
  - wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego,
  - wypełnia obowiązek członka samorządu aptekarskiego,
  - daje rękojmię należytego prowadzenia apteki.

## 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 lub zakładowej 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