

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana / y* mgr farm. / techn. 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 lub Nr PESEL (w przypadku
techn. farm.)
oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika Punktu Aptecznego

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W
(dokładny adres punktu aptecznego)

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 punktu aptecznego. *

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

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy	Stanowisko	okres od - do

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

* *niepotrzebne skreślić*

W załączeniu:

1. dyplom ukończenia studiów / dyplom technika farmaceutycznego,
2. prawo wykonywania zawodu farmaceuty (aptekarza),
3. dokumenty potwierdzające 3-letni staż pracy w aptekach ogólnodostępnych oraz zaświadczenie o odbyciu praktyki w aptece, jeśli kandydatem na stanowisko kierownika punktu aptecznego jest technik farmaceutyczny / dokumenty potwierdzające roczny staż pracy w aptece jeśli kandydatem na stanowisko kierownika jest farmaceuta.