

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y mgr farm.....
zam.
numer PESEL.....
numer prawa wykonywania zawodu.....
podmiot wydający zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu.....
.....
numer dyplomu.....
podmiot wydający dyplom:.....
.....
oświadczam, że podejmuję się z dniempełnienia obowiązków kierownika
apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej
w
(adres apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej)

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy (nazwa, adres apteki)	Stanowisko (mgr farm., kierownik)	okres od.....do..... (dd/mm/rr - dd/mm/rr)
--	--------------------------------------	---

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności na tym stanowisku.

Zobowiązuję się powiadomić, na co najmniej 14 dni wcześniej, Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o zaprzestaniu pełnienia funkcji kierownika lub o nieobecności dłuższej niż 30 dni.

.....
/ data /

.....
/ podpis /