





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

e) rodzaj umowy o oparciu, o którą wnioskodawca będzie pełnił funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej (umowa o pracę/umowa zlecenia):

.....

f) wymiar czasu pracy kierownika w dziale farmacji szpitalnej (liczba godzin na dobę i ilość dni pracy w tygodniu):

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

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy  
lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

**Do wniosku należy dołączyć kserokopie i oryginały do wglądu lub uwierzytelnione kopie dokumentów (poświadczone za zgodność z okazanym oryginałem dokumentu przez notariusza lub podmiot wydający dokument):**

- 1) potwierdzających uprawnienia zawodowe (prawo wykonywania zawodu, dyplom, świadectwo specjalizacji);
- 2) dokumenty potwierdzające wymiar zatrudnienia w jednostkach, których dotyczy wniosek, tj. aptece i dziale farmacji szpitalnej (np. umowę o pracę, umowę zlecenia, zaświadczenie pracodawcy/zleceniodawcy);
- 3) dokumenty przedstawiające zakres wykonywanych usług farmaceutycznych w jednostkach, których dotyczy wniosek;
- 4) Potwierdzenie wykonania opłaty skarbowej za wydanie decyzji administracyjnej w kwocie 10 zł., na rachunek Urzędu Miasta Krakowa - **49 1020 2892 2276 3005 0000 0000.**