

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć apteki)

**Małopolski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny**

**Powierzenie zastępstwa kierownika apteki na czas nieobecności kierownika
powyżej 30 dni**

W związku z moją nieobecnością w aptece spowodowaną

.....
ja, niżej podpisany/a mgr farm.
powierzam zastępstwo na stanowisku kierownika apteki / działu farmacji szpitalnej

.....
(dane adresowe)

w okresie od do.....

Panu/Pani mgr farm.

spełniającej/spełniającemu wymagania określone w art. 88 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne;

.....
data i podpis kierownika apteki

Załączniki:

- oświadczenie o wyrażeniu zgody na objęcie zastępstwa
- kserokopia dyplomu ukończenia studiów
- kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty
- kserokopie świadectw pracy potwierdzające wymagany staż pracy