

.....
(dane podmiotu prowadzącego aptekę)

**Małopolski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny**

Z G Ł O S Z E N I E

nieobecności kierownika apteki przekraczającej 30 dni

W związku z nieobecnością kierownika apteki:

Pani/Pana imię i nazwisko:

numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

spowodowaną:.....

.....

(podać przyczynę powierzenia zastępstwa)

wyznaczam zastępstwo kierownika apteki szpitalnej:

.....

.....

(podać dane adresowe apteki)

w okresie od do.....

Pani/Panu imię i nazwisko:

numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

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

.....

data i czytelny podpis kierownika apteki*

.....

**data i czytelny podpis podmiotu
prowadzącego aptekę**

Załączniki:

- dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu farmaceuty
- dyplom specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii ¹
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na objęcie zastępstwa (na załączonym druku)
- 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*).
- dokument właściwej miejscowo rady okręgowej izby aptekarskiej potwierdzający rękojmię należytego prowadzenia apteki, wypełniania obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego oraz obowiązków członka samorządu zawodu farmaceuty.

Należy złożyć kserokopie i oryginały do wglądu lub uwierzytelnione kopie dokumentów (poświadczone za zgodność z okazanym oryginałem dokumentu przez notariusza lub podmiot wydający dokument).

¹ Farmaceuta, który nie spełnia wymogu posiadania specjalizacji (tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej, klinicznej lub aptecznej) może w okresie 36 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o zawodzie farmaceuty (tj. od 16 kwietnia 2021 r.) objąć funkcję kierownika apteki szpitalnej lub zakładowej i pełnić tę funkcję także po upływie tego okresu.

***Jeżeli nieobecność kierownika apteki nie wynika z przyczyn uniemożliwiających złożenie podpisu.**

O Ś W I A D C Z E N I E

o wyrażeniu zgody na objęcie zastępstwa

Ja niżej podpisana/ y* mgr farm.

numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

**oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie od dnia.....zastępstwa
kierownika apteki szpitalnej:**

.....
(podać dane adresowe apteki)

oraz, że nie pełnię/zrezygnuję z* funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej, funkcji Osoby Wykwalifikowanej, Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej.

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

Przebieg pracy zawodowej:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

Uwaga: Oświadczenie należy wypełniać czytelnie i dokładnie.