

OŚWIADCZENIE

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

punktu aptecznego (nazwa punktu aptecznego).....

w

/ adres punktu aptecznego /

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, punktu aptecznego oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności na tym stanowisku.

Zobowiązuję się powiadomić, na co najmniej 14 dni wcześniej, Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o rezygnacji ze stanowiska kierownika lub o nieobecności dłuższej niż 30 dni.

Oświadczam, że nie pełnię i nie będę pełnić równocześnie funkcji kierowniczej w innej aptece, punkcie aptecznym, hurtowni farmaceutycznej.

.....
/ data /

.....
/ podpis /