

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y techn. farm.....

zam.

posiadający identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28

kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia nr :.....

(identyfikator stanowi nr PESEL)

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 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 innym punkcie aptecznym.

.....
/ data /

.....
/ podpis /