

# 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 wyrażam zgodę na objęcie z dniem .....zastępstwa

na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej / szpitalnej / działu farmacji szpitalnej

w.....

.....

/ adres apteki /

## 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 oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności na tym stanowisku.

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

.....  
/ data /

.....  
/ podpis /