

.....
.....
.....
.....

Data:

Oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę (nazwa, adres, NIP, KRS)

Telefon kontaktowy:

**Małopolski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
w Krakowie**

Wniosek o zmianę kierownika apteki szpitalnej/zakładowej

W związku z art. 88 ust. 2b ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2020 r. poz. 944 ze zm.) wnoszę o zmianę kierownika apteki.

(Uwaga: wniosek składać nie później niż 30 dni przed planowaną zmianą kierownika)

Data planowanej zmiany kierownika apteki:

Nazwa apteki, jeżeli dotyczy i adres apteki:

.....

Dane kandydata na kierownika apteki:

imię i nazwisko:.....

numer prawa wykonywania zawodu (identyfikator pracownika medycznego):.....

Dane osoby, która kończy pełnienie funkcji kierownika apteki:

imię i nazwisko:.....

numer prawa wykonywania zawodu (identyfikator pracownika medycznego):.....

Przyczyna zmiany kierownika apteki:

.....

.....

.....

.....
Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

Załączniki: Dokumenty wymagane do zmiany na stanowisku kierownika apteki.

1. Dyplom ukończenia studiów.
2. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty.
3. Dyplom specjalizacji w dziedzinie farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej lub farmacji aptecznej.*
4. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika apteki (*na załączonym druku*).
5. 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*).
6. Dokument właściwej miejscowo rady okręgowej izby aptekarskiej potwierdzający rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika 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).

* 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.

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/ y* mgr farm.....
posiadający identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy
z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (*identyfikator stanowi
numer prawa wykonywania zawodu*) nr
oświadczam, że podejmuję się od dnia pełnienia obowiązków
kierownika apteki szpitalnej/zakładowej*

.....
(*oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę*)

W

.....
(*dokładny adres apteki*)

w pełnym wymiarze czasu pracy 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.