

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(dane podmiotu prowadzącego punkt apteczny)

Telefon kontaktowy: .....

**Małopolski Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny**

**Zgłoszenie zmiany kierownika punktu aptecznego**

Informuję o zmianie kierownika punktu aptecznego i wnoszę o wprowadzenie zmiany do *Krajowego Rejestru Zezwoleń Na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestru Udzielonych Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Szpitalnych i Zakładowych*.

Nazwa punktu aptecznego i jego adres: .....

.....

Data zmiany kierownika punktu aptecznego: .....

Dane kandydata na kierownika punktu aptecznego:

imię i nazwisko: .....

numer prawa wykonywania zawodu (*farmaceuta*): .....

indywidualny identyfikator wpisu (*technik farmaceutyczny*): .....

Z dniem .....następuje zakończenie pracy przez dotychczasowego kierownika:

imię i nazwisko: .....

.....  
czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu

**Załączniki:** Dokumenty wymagane do wprowadzenia zmiany na stanowisku kierownika punktu aptecznego.

1. Oświadczenie kandydatki / kandydata na kierownika (*na załączonym druku*).
2. Świadczenia pracy / zaświadczenie o zatrudnieniu (*potwierdzające wymagany staż pracy: farmaceuta - roczny staż pracy w aptekach ogólnodostępnych lub technik farmaceutyczny - trzyletni staż pracy w aptekach ogólnodostępnych*). **Należy złożyć w formie oryginałów lub uwierzytelnionych kopii poświadczonych za zgodność z okazanymi oryginałami przez notariusza.**

# OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y mgr farm/tech. farm.....

posiadający identyfikator pracownika medycznego:

**numer prawa wykonywania zawodu** (*farmaceuta*): .....

**indywidualny identyfikator wpisu** (*technik farmaceutyczny*): .....

oświadczam, że podejmuję się objęcia od dnia.....obowiązków kierownika punktu aptecznego

.....

(nazwa i adres punktu aptecznego)

oświadczam, że **nie pełnię funkcji** kierownika w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej oraz **nie pełnię funkcji** Osoby Wykwalifikowanej, Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej (*farmaceuta*).

## Oświadczenie o przebiegu pracy zawodowej

I.p.	Miejsce pracy (nazwa i dokładny adres apteki ogólnodostępnej, apteki szpitalnej, apteki zakładowej)	Zajmowane stanowisko i wymiar czasu pracy	Okres zatrudnienia (data rozpoczęcia i zakończenia stosunku pracy)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

.....  
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

## **Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Krakowie**

Wypełniając obowiązek wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w skrócie RODO, przekazuje się informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Małopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Krakowie, Plac Szczepański 5, 31-011 *Kraków*. Z administratorem można się skontaktować:

- poprzez pocztę elektroniczną pod adresem [sekretariat@wif.malopolska.pl](mailto:sekretariat@wif.malopolska.pl) lub [mwif@wif.malopolska.pl](mailto:mwif@wif.malopolska.pl)
- telefonicznie +48 12 422 75 41 lub +48 12 422 75 43
- listownie – kierując korespondencję na adres administratora.

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD) z którym można się skontaktować:

- przez pocztę elektroniczną pod adresem [iod@wif.malopolska.pl](mailto:iod@wif.malopolska.pl)
- listownie – kierując korespondencję na adres siedziby administratora.

Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach określonych przepisami prawa, wynikających z realizacji ustawowych zadań i obowiązków poszczególnych komórek organizacyjnych Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Krakowie.

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do nadzorowania działalności Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, inne organy administracji publicznej lub podmioty właściwe w sprawie będącej przedmiotem prowadzonego postępowania albo podmioty, których administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy.

5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania (poprawiania), ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO. Ponadto w odniesieniu do danych podanych dobrowolnie przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do żądania usunięcia tych danych.

6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie określonym w przepisach prawa jest niezbędne do realizacji celów, o których mowa w punkcie 3. Dane wykraczające poza obowiązkowy zakres, podane są dobrowolnie.

7. Podanie przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Krakowie zasadami archiwizacji.