

.....
.....
.....
.....
Data:

Oznaczenie podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej
(nazwa, adres, NIP, KRS)

Telefon kontaktowy:

**Małopolski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
w Krakowie**

INFORMACJA O ZMIANIE KIEROWNIKA DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ

Informuję, iż z dniem nastąpi zmiana na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej mieszczącego się w przy ul.

Stanowisko kierownika obejmuje Pani/Pan* mgr farm.:

imię i nazwisko:.....

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

w miejsce dotychczasowego kierownika Pani/Pana* mgr farm.:

imię i nazwisko:.....

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

.....
Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

Załączniki: Dokumenty wymagane do zmiany na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej.

1. Dyplom ukończenia studiów.
2. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty.
3. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika (*na załączonym druku*).
4. Świadectwa pracy potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy.
5. 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).

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 działu farmacji szpitalnej

.....
(*oznaczenie podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej*)

W

.....
(*dokładny adres działu farmacji szpitalnej*)

w pełnym wymiarze czasu pracy oraz że nie pełnię/zrezygnuję z* funkcji kierownika
w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej, funkcji Osoby Wykwalifikowanej,
Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej.

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenie działu farmacji szpitalnej 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.