**OŚWIADCZENIE**

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

zam. .............................................................................................................................................

numer prawa wykonywania zawodu……………………………………………………………

oświadczam, że podejmuję się z dniem ..............................pełnienia obowiązków kierownika

apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej .................................................................................

w .................................................................................................................................................

(adres apteki /działu farmacji szpitalnej)

**Przebieg pracy zawodowej:**

Miejsce pracy Stanowisko okres od…..do…..

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

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

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

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

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

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

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

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

Oświadczam, że znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności na tym stanowisku.

Zobowiązuję się powiadomić, na co najmniej 14 dni wcześniej, Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Krakowie o rezygnacji ze stanowiska kierownika lub o nieobecności dłuższej niż 30 dni.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia[[1]](#footnote-1).

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

/ data / / podpis /

1. Art. 75§2 Kodeks postępowania administracyjnego oraz art. 233§1 Kodeks karny [↑](#footnote-ref-1)