**OŚWIADCZENIE**

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

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

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

podmiot wydający zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu……………………………

………………………………………………………………………………………………….

numer dyplomu…………………………………………………………………………………

podmiot wydający dyplom:…………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

(adres apteki szpitalnej / 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 o rezygnacji ze stanowiska kierownika   
lub o nieobecności dłuższej niż 30 dni.

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

/ data / / podpis /