

# OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y mgr farm.....  
zam. ....  
posiadający identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z  
dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (identyfikator stanowi  
numer prawa wykonywania zawodu) nr .....  
PESEL nr.....

oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej

.....  
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W.....  
(dokładny adres apteki)

oraz, że **nie pełnię funkcji kierownika** w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej / **zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji** z chwilą otrzymania przez stronę zezwolenia na prowadzenie apteki.

## 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.

.....  
/ data /

.....  
/ podpis /

\* niepotrzebne skreślić