

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 pełnienia obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej

.....
(*oznaczenie przedsiębiorcy prowadzącego aptekę ogólnodostępną*)

w

.....
(*dokładny adres apteki*)

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

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenie apteki 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.