

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y mgr farm/tech. farm.....
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 / PESEL) nr

oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika punktu aptecznego

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy prowadzącego punkt apteczny)

W.....
(dokładny adres punktu aptecznego)

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 punktu aptecznego oraz zakresu
odpowiedzialności na tym stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy (nazwa, adres)	Stanowisko (mgr farm., technik farm., kierownik)	Okres od-do (dd/mm/rr - dd/mm/rr)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

Uwaga: Oświadczenie należy wypełniać czytelnie i dokładnie.