

# O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/ y\* .....  
numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty .....  
oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika działu farmacji szpitalnej

.....  
(oznaczenie podmiotu leczniczego prowadzącego dział farmacji szpitalnej)

w

.....  
(dokładny adres działu farmacji szpitalnej)

w pełnym wymiarze czasu pracy 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 działu farmacji szpitalnej 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.