**Łódzki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Fabryczna 25**

**90-341 Łódź**

Nazwa apteki: ………………………………………………………..………..

Adres: …………………………...……………………………………….……….

Prowadzonej przez:

……………………..….………………………………………………….…………

…………………………………………………………………………….…..……

**POWIADOMIENIE O POWIERZENIU ZASTĘPSTWA KIEROWNIKA APTEKI**

Działając na podstawie § 12 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października
2022 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 154), informuję, iż od dnia ………………………….…………. powierzam zastępstwo kierownika Apteki
w okresie przekraczającym 30 dni na warunkach wskazanych poniżej.

1. **Dane kierownika apteki:**
2. imię i nazwisko: ………………………………………………………………………….………………..……………….;
3. numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty ………………………………………………………..…
4. **Dane farmaceuty zastępującego kierownika apteki:**
5. imię i nazwisko osoby zastępującej kierownika apteki: ………………………………………………….;
6. numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty …………………………………………………………
7. **Informacja o spełnieniu przez osobę zastępującą kierownika apteki wymagań określonych w art. 88 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne:**
8. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii oraz co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy;
9. wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
10. wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
11. daje rękojmię należytego prowadzenia apteki.
12. **Okres, na który powierzono zastępstwo:**

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

1. **Przyczyna powierzenia zastępstwa** (np. urlop macierzyński i wychowawczy, urlop bezpłatny, choroba, inne):

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

 …………………………………………………………………...…

data i podpis przedsiębiorcy prowadzącego aptekę lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania kierownika apteki

………………………………..…………………………………......data i podpis kierownika apteki jeżeli jego nieobecność
nie wynika z przyczyn uniemożliwiających złożenie podpisu

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na objęcie zastępstwa:**

Ja niżej podpisany, ………………………………………….…………………………………..……. (imię i nazwisko), nr Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty …………………………………………….., wyrażam zgodę
na objęcie zastępstwa kierownika ww. apteki oraz potwierdzam informacje wskazane w pkt.3 powyżej.

Oświadczam, że nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej, funkcji o której mowa w art. 2 pkt 21a–21c ustawy – Prawo farmaceutyczne (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 stanowisko okres od - do

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

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

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

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

………………………………………………….…

data i podpis farmaceuty

 zastępującego kierownika apteki