|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………..........…  ……………………………….........……………………….  ……………………………………………….........……….  ……………………………………………........………….. | Data: ……………………… |

Oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę (*nazwa, adres, NIP, KRS*)

Telefon kontaktowy: .........................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Łódzki Wojewódzki***  ***Inspektor Farmaceutyczny***  ***ul. Fabryczna 25***  ***90-341 Łódź*** |

**Wniosek o zmianę kierownika apteki szpitalnej/zakładowej**

W związku z art. 88 ust. 2b ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne   
(t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 974 ze zm.) wnoszę o zmianę kierownika apteki.

Data planowanej zmiany kierownika apteki: …………..................................…..…………………………...

Nazwa apteki, jeżeli dotyczy i adres apteki: …...…….............……………..…………………………………

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

Dane kandydata na kierownika apteki:

imię i nazwisko: ….............…………………....………………………...…..…………………………………...

numer prawa wykonywania zawodu (identyfikator pracownika medycznego): ...………...........................

Dane osoby, która kończy pełnienie funkcji kierownika apteki:

imię i nazwisko: ….............…………………....………………………...…..…………………………………

numer prawa wykonywania zawodu (identyfikator pracownika medycznego): …………………………….

Przyczyna zmiany kierownika apteki:

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | .………………………………………………….. |

Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

**Załączniki:** Dokumenty wymagane do zmiany na stanowisku kierownika apteki.

1. Dyplom ukończenia studiów.
2. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty.
3. Dyplom specjalizacji z zakresu farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej lub farmacji aptecznej.\*
4. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika apteki (*na załączonym druku*).
5. Świadectwa pracy (*potwierdzenie wymaganego stażu pracy do objęcia funkcji kierownika apteki szpitalnej lub zakładowej: co najmniej dwuletni staż pracy w aptece szpitalnej lub zakładowej   
   w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy*).
6. Opinia właściwej miejscowo Okręgowej Rady Aptekarskiej, której farmaceuta jest członkiem,   
   w sprawie spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika wskazanych w art. 93 ust. 3 ustawy   
   z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 974 ze zm.).

**Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby wskazanej na stanowisko kierownika apteki muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem, a oświadczenie kierownika winno być oryginałem.**

**\* Farmaceuta, który nie spełnia wymogu posiadania specjalizacji (tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej, klinicznej lub aptecznej) może w okresie 36 miesięcy od dnia wejścia   
w życie ustawy o zawodzie farmaceuty (tj. od 16 kwietnia 2021 r.) objąć funkcję kierownika apteki szpitalnej lub zakładowej i pełnić tę funkcję także po upływie tego okresu.**

1. **OŚWIADCZENIE**
2. Ja niżej podpisana/y\* mgr farm...................................................................................................
3. 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 ……………………………………………………….........
4. oświadczam, że podejmuję się od dnia ................................................. pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej/zakładowej\*
5. ....................................................................................................................................................
6. (*oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę*)
7. w ....................................................................................................................................................
8. (*dokładny adres apteki*)
9. w pełnym wymiarze czasu pracy oraz, że nie pełnię/zrezygnuję z\* 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).
10. Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki oraz zakresu odpowiedzialności na tym stanowisku.
11. Przebieg pracy zawodowej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Miejsce pracy | Stanowisko | Okres od-do |
| (nazwa, adres apteki) | (mgr farm., kierownik) | (dd/mm/rr - dd/mm/rr) |
| ………………..……………………… | …………………………… | …………….…………………… |
| ………………………………………… | …………….……………… | ………………….……………… |
| ………………………………………… | …………….……………… | …………………….…………… |
| ………………..……………………… | …………………………… | …………….…………………… |
| ………………………………………… | …………….……………… | ………………….……………… |
| ………………………………………… | …………….……………… | …………………….…………… |
| ………………………………………… | …………….……………… | ………………….……………… |
| ………………………………………… | …………….……………… | …………………….…………… |
| ………………………………………… | …………….……………… | …………………….…………… |

1. …............................................. ……………………………..
2. (*miejscowość, data*)(*czytelny podpis*)
3. *\* niepotrzebne skreślić*