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

Oznaczenie podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej

(*nazwa, adres, NIP, KRS*)

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

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

**Informacja o zmianie kierownika działu farmacji szpitalnej**

Informuję, że z dniem …………………………………………. nastąpi zmiana na stanowisku kierownika

działu farmacji szpitalnej mieszczącego się w …………………………………………………………………

przy ul. ……………………………………………………………………………………………………………...

Stanowisko kierownika obejmuje Pani/Pan\* mgr farm.:

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

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

w miejsce dotychczasowego kierownika Pani/Pana mgr farm.:

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

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

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

 Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

**Załączniki:** Dokumenty wymagane do zmiany na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej.

1. Dyplom ukończenia studiów.
2. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty.
3. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika (*na załączonym druku*).
4. Świadectwa pracy potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu
w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy.
5. Opinia właściwej miejscowo Okręgowej Rady Aptekarskiej, której farmaceuta jest członkiem,
w sprawie spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika wskazanych w art. 93 ust. 4 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 działu farmacji szpitalnej muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem, a oświadczenie kierownika winno być oryginałem.**

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 działu farmacji szpitalnej\*
5. ....................................................................................................................................................
6. (*oznaczenie podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej*)
7. w ....................................................................................................................................................
8. (*dokładny adres działu farmacji szpitalnej*)
9. w pełnym wymiarze czasu pracy oraz, że nie pełnię/zrezygnuję z\* funkcji kierownika w aptece, punkcie aptecznym, w innym 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 działu farmacji szpitalnej 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*