

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana / y* mgr farm.
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
oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika Apteki Ogólnodostępnej

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W
(dokładny adres apteki)

oraz, że nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni
farmaceutycznej / zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania przez stronę
zezwolenia na prowadzenie apteki. *

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenie apteki oraz zakresu odpowiedzialności na tym
stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy	Stanowisko	okres od - do

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

* *niepotrzebne skreślić*

W załączeniu:

1. dyplom ukończenia studiów,
2. prawo wykonywania zawodu farmaceuty (aptekarza),
3. dokumenty potwierdzające 5-letni staż pracy w aptece lub 3-letni staż pracy w aptece w przypadku, gdy farmaceuta posiada specjalizację z zakresu farmacji aptecznej oraz dyplom specjalizacji,