

OŚWIADCZENIE

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 od dnia
pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej / zakładowej*

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy prowadzącego aptekę)

W
(dokładny adres apteki)

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).

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki 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)

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić