

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 **podejmuje się**
pełnienia/będę kontynuował pełnienie* obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej

.....
(dokładny adres i nazwa apteki)

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy, na rzecz którego nastąpić ma przeniesienie zezwolenia)

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 prowadzenie 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)

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić