

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana / y* mgr farm. / techn. 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
lub w przypadku techn. farm. Indywidualny Identyfikator wpisu do Centralnego Rejestru Osób
Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego
oświadczam, że podejmuję się od dnia
pełnienia obowiązków kierownika Punktu Aptecznego

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy prowadzącego punkt apteczny)

W
(dokładny adres punktu aptecznego)

oraz, że nie pełnię / zrezygnuję z* funkcji kierownika w innym punkcie aptecznym, aptece, 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 punktu aptecznego 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