

OŚWIADCZENIE

**Dot. nieobecności w pracy
kierownika apteki**

Ja niżej podpisana/y mgr farm.
legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr

w związku z moją nieobecnością w pracy od dnia do dnia
spowodowaną

powierzam Pani/Panu mgr farm ,
legitymującej/mu się prawem wykonywania zawodu nr

funkcję zastępcy kierownika apteki /apteki szpitalnej/ działu farmacji szpitalnej zlokalizowanej/ego w
..... przy ul.

należącej/ego do

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika apteki)

Ja niżej podpisana/y mgr farm. ,
legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr

spełniająca/y wymagania określone odpowiednio w art. 88 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo
farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 z późn. zm.)

podejmuję się pełnić od dnia **do dnia**

funkcję zastępcy kierownika apteki /apteki szpitalnej/ działu farmacji szpitalnej zlokalizowanej/ego w
..... przy ul.

należącej/ego do

w związku z nieobecnością w pracy obecnego kierownika – Pani/a mgr farm.

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis **podejmującego** obowiązki zastępcy)

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ

L.P.	adres apteki	stanowisko	Wymiar czasu pracy	Okres zatrudnienia