

.....
(pieczęćka podmiotu gosp. prowadzącego aptekę szpitalną/dział farmacji) Warszawa, 20... .. r.

.....
(siedziba podmiotu)

.....
Nr KRS /CEIDG

**Okręgowa Izba Aptekarska
w Warszawie
ul. Żeromskiego 77 lok. 6
01-882 Warszawa**

Zwracam się z prośbą o udzielenie rękojmi Panu/i mgr farm

któremu / której z dniemzamierzam powierzyć funkcję

kierownika **nowo otwieranej / funkcjonującej* apteki szpitalnej/działu farmacji** o nazwie

..... **mieszczącej się w**

kod poczt. _ _ - _ _ _ ul.....

należącej do.....

(nazwa podmiotu gospodarczego prowadzącego aptekę/dział)

z siedzibą w

(adres siedziby: kod pocztowy, miejscowość, ulica)

NR KRS

Informuję, iż do dnia funkcję tę pełnił/a Pan/i mgr farm.

..... Przynajmniej rezygnacji jest

.....

.....

.....
(podpisy i pieczęćki osób mających pełnomocnictwo
do reprezentowania podmiotu zgodnie z KRS/CEIDG)

Załączniki:

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty (str. 1 i str. potwierdzająca przynależność do Izby).
2. Kserokopia dyplomu specjalizacji (w przypadku posiadania)
3. Oświadczenie o podjęciu się pełnienia funkcji (oryginalny dokument).
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających **staż pracy w aptece** (świadczenia pracy, zaświadczenia o zatrudnieniu z aktualnego miejsca z uwzględnieniem-urlopu wychowawczego; urlopu bezpłatnego, dłuższych zwolnień lekarskich powyżej 14 dni lub zezwolenie WIIF i ew. wygaśnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki – w przypadku właścicieli lub współwłaścicieli apteki).

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y mgr farm.

nr prawa wykonywania zawodu

zamieszkała/y w:
(miejscowość) (kod poczt) (ulica)

tel. kont. e-mail :

członek OIA w

oświadczam, że z dniempodejmuję się pełnienia funkcji kierownika apteki

ogólnodostępnej/szpitalnej/zakładowej o nazwie

miejsczącej się w kod poczt : ... - przy ul.

należącej do
(nazwa podmiotu gospodarczego)

z siedzibą w
(adres siedziby: kod pocztowy, miejscowość, ulica)

Nr KRS/CEIDG

Oświadczam, iż z dniem rezygnuję z pełnienia funkcji kierownika apteki

miejsczącej się w
(miejscowość) (ulica),
w której obecnie pracuję.

Przebieg pracy zawodowej

	Adres apteki	stanowisko	wymiar etatu	Okres pracy	
				Od (dd.mm.rrrr)	Do (dd.mm.rrrr)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności na tym stanowisku.

Zobowiązuję się powiadomić, na co najmniej 14 dni wcześniej, Wojewódzki Inspektorat Inspekcji Farmaceutycznej w Warszawie, oraz Okręgową Izbę Aptekarską w Warszawie o rezygnacji ze stanowiska kierownika lub o nieobecności dłuższej niż 30 dni.

Oświadczam, że nie będę pełnił równocześnie funkcji kierownika w innej aptece, hurtowni farmaceutycznej lub punkcie aptecznym.

Świadom odpowiedzialności karnej za podawanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art. 233 § 1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane w oświadczeniu zostały wpisane prawidłowo, zgodnie ze stanem faktycznym na dzień jego sporządzenia.

(data)

(podpis)