

.....
(Nazwa podmiotu gosp. prowadzącego aptekę)

.....
(siedziba podmiotu)

.....
Nr KRS /CEIDG

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

Uprzejmie informuję, iż z dniem **nastąpi zmiana** na stanowisku kierownika
apteki ogólnodostępnej o nazwie

mieszczącej się w

kod poczt-..... ul.

należącej do
(nazwa podmiotu gospodarczego)

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

Nr **KRS /CEIDG**.....

Nowym kierownikiem będzie Pan/i mgr farm. ,
który/a obecnie **pracuje/ nie pracuje** w w/w aptece jako mgr farm od dnia ,
natomiast dotychczasowy kierownik – Pan/i mgr farm.....

.....
(przyczyna zaprzestania pełnienia funkcji kierownika)

W związku z powyższym zwracam się z prośbą o udzielenie Panu/i

mgr farm. rękojmi należytego prowadzenia
ww. apteki.

Komplet dokumentów w sprawie udzielenia rękojmi Pani mgr
został złożony do Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Warszawie
w dniu

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

Załączniki:

1. Kalkulator stażu pracy zawodowej (podpisany wydruk) <https://oia.waw.pl/kalkulator-stazu-pracy/>
2. Kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty (str. 1 i str. potwierdzająca przynależność do Izby).
3. Kserokopia dyplomu specjalizacji – w przypadku posiadania.
4. Oświadczenie o podjęciu się pełnienia funkcji kierownika apteki (oryginalny dokument).
5. Kserokopie dokumentów potwierdzających **staż pracy w aptece** (świadczenia pracy, zaświadczenia o zatrudnieniu z aktualnego miejsca z uwzględnieniem-urlopu wychowawczego; urlopu bezpłatnego, macierzyńskiego, rodzicielskiego, dłuższych zwolnień lekarskich powyżej 14 dni lub zezwolenie WIIF i ew. wygaśnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki – w przypadku właścicieli lub współwłaścicieli apteki).
6. Oświadczenie dotychczasowego kierownika o rezygnacji z pełnienia funkcji (oryginalny dokument).

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 dniem podejmuję się pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej/szpitalnej/zakładowej o nazwie

mieszczącej 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

mieszczącej 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 pełnić 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)

.....
Imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
Nr PWZ

**Oświadczenie dotychczasowego kierownika
o rezygnacji z pełnienia funkcji kierownika apteki /apteki szpitalnej /działu farmacji
/ hurtowni farmaceutycznej ***

1. Oświadczam niniejszym, iż od dnia nie pełnię funkcji
kierownika

apteki /apteki szpitalnej /działu farmacji / hurtowni farmaceutycznej *
mieszczącej się w
(adres: ulica, kod pocztowy, miejscowość)

2. Jednocześnie informuję, iż od dnia.....

a. pracuję w ww. aptece /dziale farmacji /hurtowni na stanowisku farmaceuty *

b. kończę pracę w ww. aptece /dziale farmacji /hurtowni w związku z rozwiązaniem
stosunku pracy *

.....
pieczętka i podpis dotychczasowego kierownika

* - *niepotrzebne skreślić*