

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y mgr farm. _____

Nr prawa wykonywania zawodu farmaceuty _____

Członek OIA w _____

zam. w _____
(miejsowość, ulica)

tel. _____ e-mail :

oświadczam, że z dniem _____ 20..... r. podejmuję się pełnienia funkcji osoby

odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej pod nazwą

mieszczącej się w _____ przy ul. _____

Oświadczam, iż z dniem rezygnuję z pełnienia funkcji kierowniczej
hurtowni/apteki mieszczącej się w,
(miejsowość) (ulica)
w której obecnie pracuję.

Przebieg pracy zawodowej

	Adres apteki/hurtowni	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 hurtowni oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności na tym stanowisku.

Zobowiązuję się powiadomić, na co najmniej 14 dni wcześniej, Głównego Inspektora Farmaceutycznego o rezygnacji ze stanowiska osoby odpowiedzialnej lub o nieobecności dłuższej niż 14 dni.

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

/data/

/podpis/

.....
(pieczętka podmiotu gosp. prowadzącego hurtownię)

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 osoby

odpowiedzialnej za prowadzenie **nowo otwieranej / funkcjonującej* hurtowni farmaceutycznej**

o nazwie **mieszczącej się** w

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

należącej do.....

(nazwa podmiotu gospodarczego prowadzącego hurtownię)

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 pieczętka osób mających pełnomocnictwo
do reprezentowania podmiotu zgodnie z 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 (oryginalny dokument).
5. 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).