

.....
(pieczęć 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**

Uprzejmie informuję, iż z dniemzamierzam powierzyć

Panu/i mgr farm PWZF nr

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 .

..... PWZF nr

Przyczyną rezygnacji jest

.....

.....
(podpisy i pieczęć 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 pracy 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 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 **funkcjonującej / nowej**

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 30 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/

.....
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 *

.....
pieczęć i podpis dotychczasowego kierownika

* - *niepotrzebne skreślić*