

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

Warszawa,20.....r.

.....
siedziba

.....
Nr KRS/CEIDG

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

Uprzejmie informuję, iż w dniu **nastąpi zmiana** na stanowisku kierownika
apteki **mieszczącej się w**

kod poczt-..... ul.

należącej do
(nazwa podmiotu gospodarczego)

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

Nr KRS /CEIDG.....

Proponowanym kandydatem jest 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)

**Ponadto informuję, iż wniosek w sprawie zmiany na stanowisku kierownika ww. apteki 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. 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 kierownika apteki (oryginalny dokument).
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających **staż pracy w aptece** (świadczenia pracy, zaświadczenia o zatrudnieniu z aktualnego miejsca pracy z uwzględnieniem urlopów: wychowawczego bezpłatnego, macierzyńskiego, rodzicielskiego, dłuższych zwolnień lekarskich powyżej 14 dni, Książka Ewidencji Personelu Fachowego – w przypadku właścicieli lub współwłaścicieli apteki).
5. Oświadczenie dotychczasowego kierownika o rezygnacji z pełnienia funkcji (oryginalny dokument).

OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA KIEROWNIKA

(data)

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 - funkcjonującej / nowo otwieranej

mieszczącej się w kod poczt : ... - 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					

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

Zobowiązuję się powiadomić, na co najmniej 30 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
Oświadczam, że nie będę pełnił równocześnie funkcji kierownika hurtowni farmaceutycznej .

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.

(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*