

Umowa w sprawie przeszkolenia uzupełniającego

Zawarta w dniu w pomiędzy:

1.
(imię i nazwisko farmaceuty, adres zamieszkania, numer PWZF)
zwanym dalej „Farmaceutą”, a
2.
(dane podmiotu prowadzącego przeszkolenie uzupełniające, tj. nazwa, adres, numer NIP)
zwanym dalej „Podmiotem prowadzącym przeszkolenie uzupełniające”, prowadzącym aptekę ogólnodostępną/szpitalną/dział farmacji szpitalnej/punkt apteczny/hurtownię farmaceutyczną* zlokalizowaną/y w:
(dokładny adres)
reprezentowanym przez:

(imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Podmiotu prowadzącego przeszkolenie uzupełniające”

o treści następującej:

§ 1.

Podmiot prowadzący przeszkolenie uzupełniające zobowiązuje się do przeszkolenia uzupełniającego Farmaceuty, zgodnie z przepisami art. 37 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty w lokalu apteki ogólnodostępnej/szpitalnej/dziale farmacji szpitalnej/punkcie aptecznym/hurtowni farmaceutycznej* zlokalizowanej/ym w, pod kierunkiem opiekuna - mgr farm.
(imię i nazwisko, numer PWZF osoby sprawującej opiekę nad Farmaceutą w trakcie przeszkolenia uzupełniającego)

§ 2.

Program przeszkolenia uzupełniającego stanowi załącznik do niniejszej umowy.

§ 3.

Przeszkolenie uzupełniające obejmujemiesiąc/miesiący w pełnym wymiarze czasu pracy.

Rozpoczęcie przeszkolenia uzupełniającego nastąpi w dniu

Zakończenie przeszkolenia uzupełniającego nastąpi w dniu

W przypadku choroby Farmaceuty albo innej przyczyny uniemożliwiającej podjęcie lub kontynuowanie przeszkolenia uzupełniającego, strony dokonają zmiany terminów rozpoczęcia i zakończenia przeszkolenia uzupełniającego uwzględniających ten okres.

§ 4.

Koszty związane z odbywaniem przeszkolenia uzupełniającego ponosi

§ 5.

Kwestie sporne związane z wykonywaniem umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie Okręgowego Sądu Aptekarskiego OIA w Warszawie jako sądu polubownego w rozumieniu art. 63 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.

§ 6.

Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania.

.....
Podpis Farmaceuty

.....
Podpis osoby reprezentującej Podmiot prowadzący przeszkolenie uzupełniające

* Niepotrzebne skreślić