

Warszawa, ..... 20...

.....  
(pieczętka podmiotu gosp. prowadzącego aptekę szpitalną/dział farmacji)

.....  
(siedziba podmiotu)

.....  
Nr KRS /CEIDG

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

Upzejmie informujemy, iż z dniem .....zamyjemy powierzyć

Pani/Panu mgr farm. ....funkcję kierownika

**nowo otwieranej / funkcjonującej\* apteki szpitalnej/działu farmacji**

o nazwie .....

**mieszczącej się w** .....

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

należącej do.....

**(nazwa podmiotu gospodarczego prowadzącego aptekę/dział)**

z siedzibą w .....

(adres siedziby: kod pocztowy, miejscowość, ulica)

NR KRS .....

Jednocześnie informujemy, iż do dnia ..... funkcję tę pełnił/a Pan/i mgr farm. .

Przyczyną pracy rezygnacji jest.....

.....  
(podpisy i pieczętka 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, zaświadczenie o zatrudnieniu z aktualnego miejsca pracy z uwzględnieniem urlopów: macierzyńskiego, rodzicielskiego wychowawczego, bezpłatnego, długotrwałych zwolnień lekarskich (powyżej 14 dni) lub kserokopia Książki Ewidencji Personelu Fachowego – w przypadku właścicieli lub współwłaścicieli apteki).

# OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA KIEROWNIKA

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  
**szpitalnej / zakładowej / działu farmacji** - funkcjonującej / nowo otwieranej

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 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 pełnić równocześnie funkcji kierownika w innej aptece.

Oświadczam, że nie będę pełnić równocześnie funkcji kierownika w 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.

.....  
(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