

.....
(podmiot prowadzący aptekę szpitalną/zakładową)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)
.....

**Kujawsko-Pomorski
Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny
w Bydgoszczy**

**Wniosek o zmianę na stanowisku kierownika apteki
szpitalnej/zakładowej***

Informuję, że z dniem nastąpi zmiana na stanowisku
kierownika apteki szpitalnej/zakładowej* mieszczącej się

W.....

.....
Proponowany kandydat na stanowisko kierownika to Pan/Pani*

.....
posiadający identyfikator pracownika medycznego (stanowiący numer PWZ)

.....
Dane osoby, która zakończyła pełnienie funkcji kierownika:

.....
Przyczyna zmiany kierownika:
.....
.....

.....
(podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu)

* niepotrzebne skreślić

**WYKAZ DOKUMENTÓW, KTÓRE NALEŻY DOŁĄCZYĆ
DO WNIOSKU O ZMIANĘ NA STANOWISKU KIEROWNIKA
APTEKI SZPITALNEJ/ZAKŁADOWEJ**

1. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika apteki szpitalnej **w pełnym wymiarze czasu** pracy wypełnione w sposób czytelny z dokładnym podaniem całego przebiegu pracy zawodowej, wskazaniem miejsc pracy z uwzględnieniem nazwy i dokładnego adresu apteki, wskazaniem okresu zatrudnienia dzień/miesiąc/rok
2. Dyplom ukończenia studiów *
3. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty wraz z informacją o aktualnym wpisie do rejestru Okręgowej Izby Aptekarskiej *
4. Dyplom specjalisty z zakresu farmacji aptecznej, klinicznej lub farmacji aptecznej (jeżeli kandydat posiada)*
5. Świadectwa pracy lub dokumenty potwierdzające 2-letni staż pracy w aptece szpitalnej lub zakładowej w pełnym wymiarze czasu pracy*
6. dokumenty wydane przez właściwą Okręgową Izbę Aptekarską potwierdzające spełnianie niżej wymienionych warunków przez kierownika apteki szpitalnej/zakładowej*:
 - wypełnianie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego,
 - wypełnianie obowiązku członka samorządu aptekarskiego,
 - dawanie rękojmii należytego prowadzenia apteki.

* należy złożyć:

- a) kserokopie i oryginały do wglądu - za poświadczenie zgodności kserokopii z oryginałem od każdej pełnej lub rozpoczętej strony opłata skarbową wynosi 5,00 zł lub;
- b) kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub;
- c) kopie poświadczone za zgodność z oryginałem radcą prawnego, adwokata będącego pełnomocnikiem w sprawie lub podmiot wydający dokument.

Opłata skarbową od dokumentu stwierdzającego udzielenie pełnomocnictwa albo jego odpisu, wypisu lub kopii wynosi 17,00 zł.

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y* mgr farm.

.....
posiadający identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c
ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie
zdrowia (identyfikator stanowi numer prawa wykonywania zawodu) Nr

.....
oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki
szpitalnej/zakładowej* w pełnym wymiarze czasu pracy

w

.....
*(oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę szpitalną lub zakładową, dokładny
adres)*

oraz że nie pełnię/zrezygnuję* z funkcji kierownika w innej aptece, dziale
farmacji szpitalnej, punkcie aptecznym lub funkcji Osoby Kompetentnej, Osoby
Odpowiedzialnej, Osoby Wykwalifikowanej.

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenie apteki oraz zakresu
odpowiedzialności na tym stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

| Miejsce pracy (nazwa, adres apteki) | Stanowisko (mgr farm., kierownik) | Okres od-do (dd/mm/rr - dd/mm/rr) |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić