

.....  
(podmiot prowadzący dział farmacji szpitalnej)

.....  
(miejscowość, data)

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

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

## **Wniosek o zmianę na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej**

Informuję, że z dniem ..... nastąpi zmiana na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej 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 DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ**

1. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika działu farmacji szpitalnej ze wskazaniem wymiaru 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. Świadczenia pracy lub dokumenty potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy.
5. dokumenty wydane przez właściwą Okręgową Izbę Aptekarską potwierdzające spełnianie niżej wymienionych warunków przez kierownika apteki szpitalnej/zakładowej:
  - wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego,
  - wypełnia obowiązek członka samorządu aptekarskiego,
  - daje rękomię 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 z dniem ..... pełnienia obowiązków  
kierownika działu farmacji szpitalnej w .....  
wymiarze czasu pracy

W .....  
(oznaczenie podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej, 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