

.....  
(podmiot prowadzący punkt apteczny)

.....  
(miejsowość, data)

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

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

**dotyczy: zmiany na stanowisku kierownika punktu aptecznego**

Informuję, że z dniem ..... nastąpi zmiana na stanowisku kierownika punktu aptecznego o nazwie ..... znajdującego się w

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

.....  
posiadający identyfikator pracownika medycznego (stanowiący numer PWZ), a w przypadku osób, którym nie nadano numeru prawa wykonywania zawodu, numer **PESEL**

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

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

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

**WYKAZ DOKUMENTÓW, KTÓRE NALEŻY DOŁĄCZYĆ  
DO WNIOSKU O ZMIANĘ NA STANOWISKU KIEROWNIKA  
PUNKTU APTECZNEGO**

1. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika punktu aptecznego 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 potwierdzający kwalifikacje zawodowe lub dyplom ukończenia studiów \*
3. Prawo wykonywania zawodu wraz z informacją o aktualnym wpisie do rejestru Okręgowej Izby Aptekarskiej – w przypadku mgr farmacji \*
4. Świadectwa pracy (potwierdzenie wymaganego stażu pracy do objęcia funkcji kierownika punktu aptecznego: trzyletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w przypadku technika farmaceutycznego, roczny staż pracy w przypadku magistra farmacji)\*

\* 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 farmacji /technik farmaceutyczny\*

.....  
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\*\* .....

oświadczam, że podejmuję się z dniem ..... pełnienia obowiązków kierownika punktu aptecznego

.....  
(nazwa punktu aptecznego, dokładny adres punktu aptecznego)

.....  
(oznaczenie przedsiębiorcy prowadzącego punkt apteczny)

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

\*\*Identyfikator pracownika medycznego stanowi **numer prawa wykonywania zawodu**, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru prawa wykonywania zawodu, numer **PESEL**. W przypadku osób, którym nie nadano numeru prawa wykonywania zawodu oraz numeru PESEL, identyfikator pracownika medycznego stanowi numer identyfikacyjny określony w przepisach wydanych na podstawie art. 18 rozporządzenia w sprawie sposobu identyfikacji w systemie informacji.