

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć apteki)

**Kujawsko-Pomorski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Konarskiego 1-3
85-066 Bydgoszcz**

**Powierzenie zastępstwa kierownika apteki
na okres powyżej 30 dni**

W związku z moją nieobecnością w aptece spowodowaną

.....
ja, niżej podpisany/a* mgr farm.
.....

powierzam zastępstwo na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej

.....
(nazwa apteki, dokładny adres)

w okresie od

.....do.....

Panu/Pani* mgr farm.

.....
spełniającemu/spełniającej* wymagania określone w art. 88 ust. 2 ustawy Prawo
farmaceutyczne.

.....
data i podpis kierownika apteki

Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie zastępstwa na stanowisku kierownika
ww. apteki.

.....
data i podpis osoby zastępującej
kierownika apteki

* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków zastępstwa kierownika apteki ogólnodostępnej 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 farmakologii (jeżeli kandydat posiada)*
5. Świadectwa pracy lub dokumenty potwierdzające 5-letni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub 2-letni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy (w przypadku posiadania tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii) *
6. Dokument właściwej miejscowo rady okręgowej izby aptekarskiej potwierdzający rękojmię należytego prowadzenia apteki, wypełnienia obowiązku członka samorządu zawodu farmaceuty oraz obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego.

* 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
zastępstwa kierownika apteki ogólnodostępnej

.....
(nazwa apteki, dokładny adres apteki)

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy prowadzącego aptekę)

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)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... (miejscowość, data)	 (podpis)

* niepotrzebne skreślić

