

.....
(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:
 - wypełnianie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego,
 - wypełnianie obowiązku członka samorządu aptekarskiego,
 - dawanie rękojmi 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