

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 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (identyfikator
stanowi numer prawa wykonywania zawodu) Nr

oświadczam, że podejmuję się z dniem pełnienia obowiązków
kierownika apteki ogólnodostępnej o nazwie

w

.....
(dokładny adres apteki)

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy prowadzącego aptekę)

oraz że nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece, dziale farmacji szpitalnej, punkcie
aptecznym lub funkcji Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej, Osoby
Wykwalifikowanej /zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania przez stronę
zezwolenia na prowadzenie apteki. *

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

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy	stanowisko	okres od - do
(nazwa, adres apteki)	(mgr farm., kierownik)	(dd/mm/rr – dd/mm/rr)

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić