**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y\* mgr farm. ….................................................................................................... posiadająca/y identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia nr: ………………….……….

(numer prawa wykonywania zawodu)

**oświadczam, że:**

1. **posiadam** tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii oraz co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy **(\*)**;
2. **posiadam** co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy **(\*)**;
3. **wypełniam** obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
4. **wypełniam** obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
5. **nie pełnię** funkcji Osoby Kompetentnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21a ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**;
6. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Kompetentnej z dniem ………….…………............... **(\*)**;
7. **nie pełnię** funkcji Osoby Odpowiedzialnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21b ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**,
8. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Odpowiedzialnej z dniem ………….…………..……. **(\*)**;
9. **nie pełnię** funkcji Osoby Wykwalifikowanej (w rozumieniu art. 2 pkt 21c ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**;
10. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Wykwalifikowanej z dniem ………….…………….... **(\*)**;
11. **nie pełnię** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej **(\*)**;
12. **zaprzestaję** **pełnienia** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej z dniem …………..…….. **(\*)**;
13. **nie pełnię** funkcji kierownika apteki szpitalnej **(\*)**;
14. **zaprzestaję** **pełnienia** funkcji kierownika apteki szpitalnej z dniem ………………..………. **(\*)**;
15. **nie pełnię** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej **(\*)**;
16. **zaprzestaję pełnienia** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej z dniem ……………… **(\*)**;
17. **zamierzam być równocześnie kierownikiem apteki i działu farmacji szpitalnej**, zlokalizowanego w: …………………………………………….…………..………………….**(\*)**

(dokładny adres działu farmacji szpitalnej)

**(\*) właściwe podkreślić / zaznaczyć**

i podejmuję się pełnienia od dnia ……………….. obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej:

…………………………………………………………………………………………………………

(nazwa apteki ogólnodostępnej - jeżeli dotyczy)

..……………………………………………………………………………………………………….

 (adres apteki ogólnodostępnej)

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki ogólnodostępnej oraz zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

W załączeniu przedkładam oświadczenie o przebiegu pracy zawodowej.

………………………………………… ………………………………………………….. (miejscowość, data) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

**Przebieg pracy zawodowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miejsce pracy****(nazwa i dokładny adres** **apteki ogólnodostępnej)** | **Zajmowane stanowisko** **i wymiar czasu pracy** | **Okres zatrudnienia** **(data rozpoczęcia i zakończenia stosunku pracy)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

….……................................... ……………….………….

(miejscowość, data) (czytelny podpis)