……………………………………..………….. ……………….……………

(imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość, data)

………………………….………………………

(adres wnioskodawcy)

………………………………………………….

(nr PWZ)

**Śląski Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**w Katowicach**

**WNIOSEK O UDZIELENIE ZGODY**

**NA ŁĄCZENIE FUNKCJI KIEROWNIKA APTEKI I DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ / KIEROWNIKA DWÓCH DZIAŁÓW FARMACJI SZPITALNEJ**

Składam wniosek o udzielenie zgody na:

1. łączenie funkcji kierownika apteki i działu farmacji szpitalnej **(wariant 1);**
2. łącznie funkcji kierownika dwóch działów farmacji szpitalnej **(wariant 2).**

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

**Część I *(Należy wypełnić, gdy zaznaczono wariant nr 1)***

**DANE APTEKI:**

1. rodzaj apteki (ogólnodostępna / szpitalna): …………………………………………..
2. nazwa apteki – jeśli dotyczy: …………………………………………………………
3. adres apteki: ………………………………………………………………………….
4. dane podmiotu prowadzącego aptekę:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego aptekę, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną

- imię, nazwisko oraz adres prowadzenia działalności gospodarczej)

1. dni i godziny pracy apteki:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. zakres działalności apteki:

* Zgodnie z art. 87 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne:

*Apteka ogólnodostępna jest przeznaczona do:*

1. *zaopatrywania ludności w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne artykuły, o których mowa w art. 86 ust. 8;*
2. *zapewnienia świadczenia ludności usług farmaceutycznych, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, oraz sprawowania opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 tej ustawy.*

* Zgodnie z art. 88 ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne:

*Apteka szpitalna jest przeznaczona do:*

1. *zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których została utworzona, oraz pacjentów wskazanych w art. 106 ust. 3 pkt 2 i 3;*
2. *zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych, o których mowa w art. 86 ust. 2, na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, w których została utworzona.*

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. wymiar czasu pracy kierownika w aptece:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

**DANE DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ:**

1. adres działu farmacji szpitalnej:

…………………………………………………………………………………………….

1. dane podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej (tj. podmiotu leczniczego lub regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa):

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną - imię, nazwisko oraz adres prowadzenia działalności gospodarczej)

1. dni i godziny pracy działu farmacji szpitalnej:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. zakres działalności działu farmacji szpitalnej

Zgodnie z art. 87 ust. 4d ustawy Prawo farmaceutyczne:

*Dział farmacji szpitalnej przeznaczony jest do:*

1. *zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony;*
2. *zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 4 oraz ust. 4 pkt 5, 7, 8 i 13-15 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, oraz czynności, o których mowa w art. 86 ust. 4, na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony.”*

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. rodzaj umowy o oparciu, o którą wnioskodawca będzie pełnił funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej (umowa o pracę/umowa zlecenia):

…………………………………………………………………………………………

1. wymiar czasu pracy kierownika w dziele farmacji szpitalnej (liczba godzin na dobę i ilość dni pracy w tygodniu):

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

**Część II *(Należy wypełnić, gdy zaznaczono wariant nr 2)***

**DANE DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ nr 1:**

1. adres działu farmacji szpitalnej: ……………………………………………………………………………………………
2. dane podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej (tj. podmiotu leczniczego lub regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa):

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną - imię, nazwisko oraz adres prowadzenia działalności gospodarczej)

1. dni i godziny pracy działu farmacji szpitalnej:

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

1. zakres działalności działu farmacji szpitalnej:

Zgodnie z art. 87 ust. 4d ustawy Prawo farmaceutyczne: „*Dział farmacji szpitalnej przeznaczony jest do:*

* 1. *zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony;*
  2. *zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 4 oraz ust. 4 pkt 5, 7, 8 i 13-15 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, oraz czynności, o których mowa w art. 86 ust. 4, na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony.”*

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. rodzaj umowy o oparciu, o którą wnioskodawca będzie pełnił funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej (umowa o pracę/umowa zlecenia):

…………………………………………………………………………………………

1. wymiar czasu pracy kierownika w dziele farmacji szpitalnej (liczba godzin na dobę i ilość dni pracy w tygodniu):

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

**DANE DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ nr 2:**

1. adres działu farmacji szpitalnej: ……………………………………………………………………………………………
2. dane podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej (tj. podmiotu leczniczego lub regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa):

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego dział farmacji szpitalnej, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną - imię, nazwisko oraz adres prowadzenia działalności gospodarczej).

1. dni i godziny pracy działu farmacji szpitalnej:

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

1. zakres działalności działu farmacji szpitalnej:

Zgodnie z art. 87 ust. 4d ustawy Prawo farmaceutyczne: „*Dział farmacji szpitalnej przeznaczony jest do:*

* 1. *zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony;*
  2. *zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 4 oraz ust. 4 pkt 5, 7, 8 i 13-15 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, oraz czynności, o których mowa w art. 86 ust. 4, na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony.”*

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. rodzaj umowy o oparciu, o którą wnioskodawca będzie pełnił funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej (umowa o pracę/umowa zlecenia)

…………………………………………………………………………………………

1. wymiar czasu pracy kierownika w dziele farmacji szpitalnej (liczba godzin na dobę i ilość dni pracy w tygodniu):

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………..………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

Załączniki do wniosku[[1]](#endnote-1):

1. Do wniosku należy dołączyć:

   1. dokumenty potwierdzające wymiar zatrudnienia w jednostkach, których dotyczy wniosek, tj. aptece i dziale farmacji szpitalnej albo w dwóch działach farmacji szpitalnej (np. umowę o pracę, umowę zlecenia, zaświadczenie pracodawcy/zleceniodawcy);
   2. dokumenty przedstawiające zakres wykonywanych usług farmaceutycznych w jednostkach, których dotyczy wniosek (np. oświadczenia podmiotów prowadzących jednostki, których dotyczy wniosek);
   3. dokumenty potwierdzające godziny czynności każdej jednostki, której dotyczy wniosek (np. wydruk uchwały rady powiatu, określającej godziny pracy apteki ogólnodostępnej, której dotyczy wniosek; oświadczenie podmiotu prowadzącego jednostkę, której dotyczy wniosek).

   Dokumenty dołączone do wniosku należy złożyć **w formie oryginałów lub uwierzytelnionych odpisów**, tj.

   * w przypadku składania odpisu dokumentu w postaci papierowej, odpis dokumentu musi być **poświadczony** za zgodność z oryginałem **przez** **notariusza albo występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym, doradcą podatkowym**. Na żądanie strony – na zasadach określonych w przepisie art. 76a § 2b Kodeksu postępowania administracyjnego - upoważniony pracownik organu, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem (wówczas strona powinna przedłożyć pracownikowi organu kopię dokumentu oraz jego oryginał do wyglądu).
   * w przypadku składania odpisu dokumentu w formie dokumentu elektronicznego, odpis ten musi być **poświadczony** za zgodność z oryginałem **przez notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym** przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu zaufanego albo podpisu osobistego.

   **INFORMACJA DLA WNIOSKODAWCY**

   **O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

   Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuje się, iż:

   1. administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Śląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny w Katowicach, Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Katowicach, ul. Raciborska 15, 40-074 Katowice, tel. 32 208 74 68;
   2. dane kontaktowe do inspektora ochrony danych osobowych są następujące: tel. (33) 813 62 32, adres e-mail: iod@wif.katowice.pl, adres do korespondencji: Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Katowicach, Sekcja w Bielsku-Białej, ul. Piastowska 40, 43-300 Bielsko-Biała; dane są podane również na stronie internetowej Inspektoratu: www.wif.katowice.pl;
   3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu załatwienia sprawy związanej ze złożonym do Śląskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Katowicach wnioskiem o udzielenie zgody na łączenie funkcji kierownika apteki i działu farmacji szpitalnej albo kierownika dwóch działów farmacji szpitalnej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne i ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
   4. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu załatwienia sprawy związanej z wnioskiem złożonym do Śląskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Katowicach o zmianę na stanowisku kierownika apteki szpitalnej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne;
   5. odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty, którym administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy;
   6. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane przez administratora do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych;
   7. Pana/Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
   8. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji zadań Inspekcji Farmaceutycznej wynikających z przepisów prawa oraz w celach archiwalnych. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Katowicach zasadami archiwizacji;
   9. przysługuje Panu/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do dotyczących Pana/Pani danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wnoszenia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych;
   10. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO;
   11. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich przetwarzanie jest warunkiem rozpatrzenia sprawy;
   12. podanie danych w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa jest obligatoryjne i umożliwia realizację zadań realizowanych w interesie publicznym przez Inspekcję Farmaceutyczną. Dane wykraczające poza obowiązkowy zakres, podane są dobrowolnie.

   [↑](#endnote-ref-1)