**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja, niżej podpisany/a\* mgr farm. ........................................................................................................... posiadający/a 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** co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece szpitalnej lub zakładowej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy;
2. **posiadam** tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej / klinicznej / farmakologii **(\*)**;
3. **nie posiadam** tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej / klinicznej / farmakologii **(\*)**;
4. **daję** rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika apteki;
5. **wypełniam** obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
6. **wypełniam** obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
7. **nie pełnię** funkcji Osoby Kompetentnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21a ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**;
8. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Kompetentnej z dniem …….……………………...... **(\*)**;
9. **nie pełnię** funkcji Osoby Odpowiedzialnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21b ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**,
10. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Odpowiedzialnej z dniem …….…………….……… **(\*)**;
11. **nie pełnię** funkcji Osoby Wykwalifikowanej (w rozumieniu art. 2 pkt 21c ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**;
12. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Wykwalifikowanej z dniem …….………………….. **(\*)**;
13. **nie pełnię** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej **(\*)**;
14. **zaprzestaję** **pełnienia** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej z dniem .………...……. **(\*)**;
15. **nie pełnię** funkcji kierownika apteki szpitalnej **(\*)**;
16. **zaprzestaję** **pełnienia** funkcji kierownika apteki szpitalnej z dniem ……………………..…. **(\*)**;
17. **nie pełnię** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej **(\*)**;
18. **zaprzestaję pełnienia** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej z dniem ….……….… **(\*)**;
19. **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 szpitalnej:

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

(nazwa apteki szpitalnej - jeżeli dotyczy, adres apteki szpitalnej)

Oświadczam, że znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki szpitalnej oraz zakres odpowiedzialności na stanowisku kierownika apteki szpitalnej.

Do oświadczenia dołączam opis przebiegu mojej pracy zawodowej.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Przebieg pracy zawodowej**

mgr farm. …………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miejsce wykonywania zawodu  (nazwa i adres apteki szpitalnej/zakładowej) | Zajmowane stanowisko i wymiar czasu pracy / równoważnik czasu pracy | Długość doświadczenia zawodowego  (staż pracy / okres wykonywania zawodu na podstawie innej umowy niż umowa o pracę) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………….  (miejscowość, data) | ………………………………….  (czytelny podpis) |