................................................................................... ..........................................................................

(nazwa wnioskodawcy, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną (miejscowość, data)

- imię, nazwisko)

..............................................................................

...............................................................................

(siedziba i adres wnioskodawcy, a w przypadku osoby fizycznej – adres,

pod którym jest wykonywana działalność gospodarcza)

................................................................................

(NIP)

...............................................................................

(nr KRS – jeśli dotyczy)

................................................................................

(nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

*\*DANE WNIOSKODAWCY POWINNE BYĆ*

*ZGODNE Z WPISAMI W KSIĘDZE REJESTROWEJ*

**Śląski Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**w Katowicach**

**WNIOSEK O WPROWADZENIE DO REJESTRU**

**ZMIANY DANYCH KIEROWNIKA DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ**

Składam wniosek o wprowadzenie do rejestru udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej zmiany danych kierownika działu farmacji szpitalnej:

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

(adres działu farmacji szpitalnej)

od dnia ………………………………………………...……………………………………………………………..……..

(data zmiany kierownika działu farmacji szpitalnej)

z powodu …………………………….….......................................................................................................................

(przyczyna zmiany kierownika działu farmacji szpitalnej)

Kandydatem/kandydatką (\*) na stanowisko kierownika w/w działu farmacji szpitalnej jest:

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

(imię i nazwisko farmaceuty)

posiadający/posiadająca (\*) prawo wykonywania zawodu numer ………………..……………..….

(numer prawa wykonywania zawodu)

Z dniem ………………………… następuje zakończenie pracy przez dotychczasowego kierownika,

tj………………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko farmaceuty)

…………………..……………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

**(\*) niepotrzebne skreślić**

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

1. Do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające spełnienie przez kandydata/kandydatkę na kierownika działu farmacji szpitalnej wymagań określonych w art. 93 ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne, tj.:

   1. oryginał oświadczenia kandydata/kandydatki na kierownika działu farmacji szpitalnej (wprzypadku składania oświadczenia w formie dokumentu elektronicznego, dokument winien być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym farmaceuty składającego oświadczenie);
   2. dokumenty potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie kandydata/kandydatki na kierownika działu farmacji szpitalnej w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy (np. świadectwo pracy, zaświadczenie o zatrudnieniu);
   3. zaświadczenie rady okręgowej izby aptekarskiej, że kandydat/kandydatka na kierownika działu farmacji szpitalnej: daje rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej, wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego oraz wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty.
   * Z zastrzeżeniem wyjątku, o którym mowa w pkt 1 wykazu załączników do wniosku, dokumenty dołączone do wniosku należy złożyć **w formie oryginałów lub odpisów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza** (w przypadku składania odpisu dokumentu w formie dokumentu elektronicznego, odpis ten musi być **poświadczony** za zgodność z oryginałem **przez notariusza 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 wprowadzenie do rejestru udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej zmiany danych kierownika działu farmacji szpitalnej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, 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)