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

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y mgr farm. / tech. 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 farmaceuty / numer PESEL technika farmaceutycznego)

**oświadczam, że:**

1. **posiadam** co najmniej roczny staż pracy w aptece ogólnodostępnej - dotyczy kandydata/kandydatki na kierownika będącego farmaceutą(\*);
2. **posiadam** co najmniej trzyletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej - dotyczy kandydata/kandydatki na kierownika będącego technikiem farmaceutycznym(\*);
3. **nie pełnię** funkcji Osoby Kompetentnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21a ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**;
4. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Kompetentnej z dniem …….………………......**(\*)**;
5. **NIE DOTYCZY (\*)**;
6. **nie pełnię** funkcji Osoby Odpowiedzialnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21b ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**,
7. **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Odpowiedzialnej z dniem …….………………**(\*)**;
8. **NIE DOTYCZY (\*)**;
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 DOTYCZY (\*)**;
12. **nie pełnię** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej **(\*)**;
13. **zaprzestaję** **pełnienia** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej z dniem .…….…….**(\*)**;
14. **zamierzam być równocześnie kierownikiem apteki ogólnodostępnej i kierownikiem punktu aptecznego;**
15. **NIE DOTYCZY (\*)**;
16. **nie pełnię** funkcji kierownika apteki szpitalnej **(\*)**;
17. **zaprzestaję** **pełnienia** funkcji kierownika apteki szpitalnej z dniem ………….………………….**(\*)**;

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

1. **zamierzam być równocześnie kierownikiem apteki szpitalnej i kierownikiem punktu aptecznego;**
2. **NIE DOTYCZY (\*)**;
3. **nie pełnię** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej **(\*)**;
4. **zaprzestaję pełnienia** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej z dniem ……………………………… **(\*)**;
5. **zamierzam być równocześnie kierownikiem działu farmacji szpitalnej i kierownikiem punktu aptecznego(\*)**;
6. **NIE DOTYCZY (\*)**;

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

i podejmuję się pełnienia od dnia ……………….…….. obowiązków kierownika punktu aptecznego:

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa i dokładny adres punktu aptecznego)

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia punktu aptecznego oraz zakres odpowiedzialności na stanowisku kierownika punktu aptecznego.

Do oświadczenia dołączam opis przebiegu mojej pracy zawodowej.

|  |
| --- |
| ………….…..……...................................  (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie) |

Przebieg pracy zawodowej mgr farm. / tech. farm. …………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miejsce wykonywania zawodu  (nazwa i adres apteki ogólnodostępnej) | Zajmowane stanowisko  i wymiar czasu pracy | Staż pracy  (data rozpoczęcia i zakończenia stosunku pracy) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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