**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 / nie posiadam** tytuł / tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej / klinicznej / farmakologii**(\*)**;
3. **daję** rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika apteki;
4. **wypełniam** obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
5. **wypełniam** obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
6. **nie pełnię funkcji** Osoby Kompetentnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21a ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**, Osoby Odpowiedzialnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21b ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**, Osoby Wykwalifikowanej (w rozumieniu art. 2 pkt 21c ustawy Prawo farmaceutyczne) **(\*)**
7. **zaprzestaję pełnienia funkcji** Osoby Kompetentnej **(\*)**, Osoby Odpowiedzialnej **(\*)**, Osoby Wykwalifikowanej **(\*)** z dniem ………….……………….….…..….;
8. **nie pełnię funkcji** kierownika apteki ogólnodostępnej **(\*)**, kierownika apteki szpitalnej**(\*)**
9. **zaprzestaję pełnienia funkcji** kierownika apteki ogólnodostępnej **(\*)**, kierownika apteki szpitalnej **(\*)** z dniem ………….………………………..….;
10. **nie pełnię funkcji** kierownika działu farmacji szpitalnej **(\*)**
11. **zaprzestaję pełnienia funkcji** kierownika działu farmacji szpitalnej z dniem ……………… **(\*)**
12. **zamierzam być równocześnie kierownikiem apteki szpitalnej i działu farmacji szpitalnej**, zlokalizowanego w: ………………………………..……….……………(\*)

(dokładny adres działu farmacji szpitalnej)

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

…………………………………………………………………………………………………

 (nazwa apteki szpitalnej - jeżeli dotyczy)

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

 (adres apteki szpitalnej)

**(\*) – właściwe podkreślić (zaznaczyć)**

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

Oświadczam, że znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki szpitalnej oraz zakres odpowiedzialności na stanowisku kierownika apteki szpitalnej. Poniżej przedstawiam przebieg mojej pracy zawodowej.

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) |