

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 roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy;
2. **daję** rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej;
3. **wypełniam** obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
4. **wypełniam** obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
5.
 - a) **nie pełnię** funkcji Osoby Kompetentnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21a ustawy Prawo farmaceutyczne) (*);
 - b) **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Kompetentnej z dniem(*);
6.
 - a) **nie pełnię** funkcji Osoby Odpowiedzialnej (w rozumieniu art. 2 pkt 21b ustawy Prawo farmaceutyczne) (*),
 - b) **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Odpowiedzialnej z dniem(*);
7.
 - a) **nie pełnię** funkcji Osoby Wykwalifikowanej (w rozumieniu art. 2 pkt 21c ustawy Prawo farmaceutyczne) (*);
 - b) **zaprzestaję pełnienia** funkcji Osoby Wykwalifikowanej z dniem(*);
8.
 - a) **nie pełnię** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej (*);
 - b) **zaprzestaję pełnienia** funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej z dniem(*);
 - c) **pełnię funkcję kierownika apteki ogólnodostępnej, zlokalizowanej w:**
.....
i zamierzam łączyć tę funkcję z funkcją kierownika działu farmacji szpitalnej (*);
9.
 - a) **nie pełnię** funkcji kierownika apteki szpitalnej (*);
 - b) **zaprzestaję pełnienia** funkcji kierownika apteki szpitalnej z dniem(*);
 - c) **pełnię funkcję kierownika apteki szpitalnej, zlokalizowanej w:**
.....
i zamierzam łączyć tę funkcję z funkcją kierownika działu farmacji szpitalnej (*);
10.
 - a) **nie pełnię** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej (*);
 - b) **zaprzestaję pełnienia** funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej z dniem (*);
 - c) **pełnię funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej, zlokalizowanego w:**
.....
i zamierzam być równocześnie kierownikiem dwóch działów farmacji szpitalnej(*).

(*) właściwe podkreślić / zaznaczyć

i podejmuję się pełnienia od dnia obowiązków kierownika działu farmacji szpitalnej

utworzonego w:

.....
.....
(nazwa i adres zakładu leczniczego / zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego/
regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa)

prowadzonego przez:

.....
.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego lub regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa)

adres działu farmacji szpitalnej:

.....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr lok.)

Oświadczam, że znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia działu farmacji szpitalnej oraz zakres odpowiedzialności na stanowisku kierownika działu farmacji 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/rodzaj apteki i adres lub adres działu farmacji szpitalnej)	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)