

.....
miejsowość, data

.....
imię, nazwisko kandydata na kierownika

.....
Nr prawa wykonywania zawodu

.....
adres zamieszkania

**Okręgowa Rada Aptekarska
w Białymstoku**

WNIOSEK

w sprawie wydania zaświadczenia do stwierdzenia rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej / hurtowni farmaceutycznej (*) w związku ze zmianą na stanowisku kierownika już funkcjonującej apteki ogólnodostępnej / hurtowni farmaceutycznej (*) nie starającej się o nowe zezwolenie.

W związku ze zmianą od dnia na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej / hurtowni farmaceutycznej (*) mieszczącej się w:

.....
(nazwa i adres apteki/hurtowni farmaceutycznej)

.....
zwracam się o stwierdzenie rękojmi należytego prowadzenia w/w apteki.

.....
czytelny podpis kandydata na kierownika

* niepotrzebne skreślić

UWAGA:

- Do wniosku należy dołączyć **ZAŁĄCZNIK nr 1**
- Informujemy, że w ślad za wypełnieniem powyższego wniosku kierujemy zapytanie do obecnych miejsc pracy (aptek lub hurtowni farm.) o wykazanie wymaganego składu mgr farm. umożliwiającego właściwe funkcjonowanie po odejściu danego farmaceuty.

miejsowość, data

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y

zamieszkała/y.....

tel. kontaktowy

świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikającej z art. 233 § 6 k.k.

oświadczam, że :

- będę / nie będę (*) kierownikiem apteki ogólnodostępnej/hurtowni farmaceutycznej:

.....
(nazwa i dokładny adres apteki ogólnodostępnej/hurtowni farmaceutycznej)

w wymiarzeetatu.

- nie jestem kierownikiem w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej / z dniem objęcia stanowiska kierownika w/w apteki ogólnodostępnej/hurtowni farmaceutycznej zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji kierownika (*),

Ponadto po zatrudnieniu w w/w miejscu pracy będę jednocześnie wykonywał/a zawód farmaceuty w następujących miejscach (pozostałe miejsca pracy i wymiar czasu pracy):

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

- Nie jestem / jestem (*) ukarana/y dyscyplinarnie przez Sąd Dyscyplinarny, oraz toczy się / nie toczy się (*) przeciwko mnie postępowanie dyscyplinarne przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

- Oświadczam, że dane ujawnione w rejestrze farmaceutów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku, są aktualne na dzień

-Mam/nie mam opłacone(*) składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku

- Oświadczam, że ukończyłem/am / nie ukończyłam (*)z wynikiem pozytywnym ciągle szkolenia farmaceutów

- Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki ogólnodostępnej / hurtowni farmaceutycznej (*) oraz zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

- Zobowiązuję się do sumiennego i starannego wykonywania swoich obowiązków zgodnie z przepisami, ze szczególnym uwzględnieniem:

1. Prawa farmaceutycznego (Dz.U.-2008-45-271 ze zm.);

2. Ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U.-2008-136-856 ze zm.);

3. Zasad etyki i deontologii zawodowej aptekarza RP (art. 37 p. 2 ustawy o izbach aptekarskich – Uchwała Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Aptekarzy z 25.04.1993 ze zmianami);

4.Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U.-2003-153-1503 ze zmianami).

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne

.....
pieczęć firmy

Załącznik do wniosku mgr farm.dotyczącego wydania zaświadczenia do rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej / hurtowni farmaceutycznej (*) w związku ze zmianą na stanowisku kierownika już funkcjonującej apteki ogólnodostępnej / hurtowni farmaceutycznej (*) nie starającej się o nowe zezwolenie.

Informuję, że od dniafunkcję kierownika apteki ogólnodostępnej / hurtowni farmaceutycznej (*) mieszczącej się w:

.....
(nazwa i adres apteki/hurtowni farmaceutycznej)

.....
pełnić będzie Pan/Pani mgr farm.

zamieszkały/a w:

Obecny kierownik apteki mgr farm. zaprzestaje pełnić funkcję kierownika z dniem

Informuję, że w/w apteka będzie funkcjonowała w godzinach:

poniedziałek – piątek

sobota

niedziela

uwagi :

.....
Stan zatrudnienia zapewniający stałą obecność magistra farmacji w godzinach otwarcia apteki przedstawia się/będzie się przedstawiał (*) następująco:

L.p.	Mgr farm. imię i nazwisko	Rodzaj zatrudnienia	Wymiar czasu pracy

.....
czytelny podpis właściciela apteki

* niepotrzebne skreślić