

Dokumenty wymagane do wydania uchwały w sprawie opinii dotyczącej spełnienia warunków pełnienia funkcji kierownika hurtowni farmaceutycznej:

1. Dyplom ukończenia studiów.
2. Prawo wykonywania zawodu aptekarza/farmaceuty.
3. Oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika hurtowni farmaceutycznej.
4. Oświadczenie właściciela hurtowni farmaceutycznej.

miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko kandydata na kierownika

.....
Nr prawa wykonywania zawodu

**Do
Okręgowej Rady Aptekarskiej
w Białymstoku**

W związku z objęciem funkcji kierownika hurtowni farmaceutycznej

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

proszę o wydanie zaświadczenia o spełnieniu warunków do pełnienia funkcji kierownika hurtowni farmaceutycznej określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne, celem przedłożenia w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym.

.....
(czytelnie imię i nazwisko)

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko kandydata na kierownika

.....
Nr prawa wykonywania zawodu

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y

oświadczam, że :

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

.....
(nazwa i dokładny adres hurtowni farmaceutycznej)

w wymiarzeetatu.

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

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

.....
.....
- Nie jestem / jestem (*) ukarana/y dyscyplinarnie przez Sąd Dyscyplinarny, oraz nie toczy się / 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 ukończyłem/am (*) z wynikiem pozytywnym ciągle szkolenia farmaceutów

- Znam mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki ogólnodostępnej oraz zakres odpowiedzialności, na tym stanowisku.

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

1. Prawa farmaceutycznego ;
2. Ustawy o izbach aptekarskich;
3. Ustawy o zawodzie farmaceuty
4. Zasad etyki i deontologii zawodowej aptekarza RP
5. Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 osobowych), zwane powszechnie RODO informujemy, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku, ul. Zamenhova 27; 15-435 Białystok
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przepisów prawa.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

miejsowość, data

.....
pieczęć firmy

Załącznik do wniosku mgr farm.dotyczącego wydania zaświadczenia do rękojmi należytego prowadzenia hurtowni farmaceutycznej w związku ze zmianą na stanowisku kierownika.

Informuję, że od dnia.....funkcję kierownika hurtowni farmaceutycznej mieszczącej się w:

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

pełnić będzie Pan/Pani mgr farm.

zamieszkały/a w:

Obecny kierownik hurtowni mgr farm.

zaprzestaje pełnić funkcję kierownika z dniem

Informuję, że w/w hurtownia farmaceutyczna będzie funkcjonowała w godzinach:

poniedziałek – piątek

sobota

niedziela

uwagi :

.....

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

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

.....
czytelny podpis właściciela apteki

* niepotrzebne skreślić

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 osobowych), zwane powszechnie RODO informujemy, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku, ul. Zamenhofska 27; 15-435 Białystok
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przepisów prawa.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne.