

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

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

Przed złożeniem dokumentów do Izby należy powiadomić Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny o planowanej zmianie kierownika apteki.

miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko kandydata na kierownika

.....
Nr prawa wykonywania zawodu

**Do
Okręgowej Rady Aptekarskiej
w Białymstoku**

W związku z objęciem funkcji kierownika apteki szpitalnej

.....
.....
(nazwa i adres apteki szpitalnej)

proszę o wydanie zaświadczenia o spełnieniu warunków do pełnienia funkcji kierownika apteki określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne, celem przedłożenia w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w

.....
(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 apteki szpitalnej:

.....
(nazwa i dokładny adres apteki szpitalnej)

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

- Znałem 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. 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.

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy z dokładnym adresem:	Stanowisko/etat	Okres pracy:	
		od kiedy dzień – miesiąc - rok	do kiedy dzień – miesiąc – rok

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

miejsowość, data

.....
pieczęć firmy

Załącznik do wniosku mgr farm.dotyczącego wydania zaświadczenia do rękoi należytego prowadzenia apteki szpitalnej w związku ze zmianą na stanowisku kierownika apteki.

Informuję, że od dniafunkcję kierownika apteki mieszczącej się w:

.....
(nazwa i adres apteki)

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

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. Zamenhofa 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.