

Dokumenty wymagane do wydania uchwały w sprawie opinii dotyczącej spełnienia warunków pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej:

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

Przed złożeniem dokumentów do Izby należy powiadomić Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny o planowanej zmianie kierownika działu farmacji szpitalnej.

miejsowość, data .....

.....  
Imię i nazwisko kandydata na kierownika

.....  
Nr prawa wykonywania zawodu

**Do  
Okręgowej Rady Aptekarskiej  
w Białymstoku**

W związku z objęciem funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej

.....  
.....  
(nazwa i adres działu farmacji szpitalnej)

proszę o wydanie zaświadczenia o spełnieniu warunków do pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej 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 działu farmacji szpitalnej:

.....  
(nazwa i dokładny adres działu farmacji szpitalnej)

w wymiarze .....etatu.

- jestem/nie jestem kierownikiem w innej aptece, punkcie aptecznym, hurtowni farmaceutycznej lub dziale farmacji szpitalnej (\*)
- z dniem objęcia stanowiska kierownika w/w działu farmacji 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. 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 rękojmi należytego prowadzenia działu farmacji szpitalnej w związku  
ze zmianą na stanowisku kierownika apteki.

Informuję, że od dnia .....funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej  
mieszczącego się w:

.....  
(nazwa i adres działu farmacji szpitalnej)

pełnić będzie Pan/Pani mgr farm. ....

zamieszkały/a w: .....

Obecny kierownik działu farmacji szpitalnej mgr farm. ....

zaprzestaje pełnić funkcję kierownika z dniem .....

**Informuję, że w/w dział farmacji szpitalnej będzie funkcjonował w godzinach:**

poniedziałek – piątek .....

sobota .....

niedziela .....

uwagi :

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

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

.....  
czytelny podpis właściciela działu farmacji szpitalnej

\* 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.