

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y\* mgr farm. ....  
posiadający identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy  
z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (identyfikator stanowi  
numer prawa wykonywania zawodu) Nr .....  
oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej / działu  
farmacji szpitalnej

.....  
(oznaczenie podmiotu)

W .....  
(dokładny adres apteki / działu)

oraz, że:

- nie pełnię / zrezygnuję\* z funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym,  
dziale farmacji aptecznej, aptece szpitalnej lub funkcji Osoby Kompetentnej, Osoby  
Odpowiedzialnej, Osoby Wykwalifikowanej

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki oraz zakres odpowiedzialności na tym  
stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy		Stanowisko	Okres od-do (dd/mm/rr- dd/mm/rr)	Wymiar czasu pracy
Przedsiębiorca	Nazwa i adres apteki			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

\*niepotrzebne skreślić