

Wytyczne do wniosku o dokonanie zmiany na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej /punktu aptecznego.

1. Każdą zmianę na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej /punktu aptecznego należy zgłosić do Lubuskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Gorzowie Wlkp. na 14 dni przed planowaną zmianą.

2. Wniosek informujący o zmianie na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej /punktu aptecznego sporządzony według wzoru stanowiącego załącznik nr 1, należy złożyć w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Gorzowie Wlkp. bądź Delegaturze Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Zielonej Górze.

3. Do wniosku należy dołączyć:

- dyplom,
- prawo wykonywania zawodu
(nie dotyczy przypadku, gdy kandydatem na stanowisko kierownika (punktu aptecznego) jest technik farm.),
- dyplom specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej (w przypadku 3 letniego stażu pracy) (nie dotyczy przypadku, gdy kandydatem na stanowisko kierownika punktu aptecznego jest technik farm.),
- oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika oraz nie pełnieniu jednocześnie dwóch funkcji kierownika apteki, punktu aptecznego, hurtowni farmaceutycznej wraz z przebiegiem pracy zawodowej, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2,
- dokumenty potwierdzające posiadanie odpowiedniego stażu pracy w aptece,
- opinię (zaświadczenie) właściwej miejscowo rady aptekarskiej, że kandydat na kierownika daje rękojmię należytego prowadzenia apteki / punktu aptecznego

Uwaga: Dokumenty załączone do wniosku winny być oryginałami lub uwierzytelnionymi kopiami poświadczonymi za zgodność z okazanym dokumentem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata będącego pełnomocnikiem w sprawie lub podmiot wydający dokument. Oświadczenie kierownika musi być w oryginale.

4. W przypadku, gdy do złożenia dokumentów zostało udzielone pełnomocnictwo, opłata od dokumentu stwierdzającego udzielenie pełnomocnictwa albo jego odpisu, wypisu lub kopii wynosi 17,00 zł.

Zapłaty opłaty skarbowej dokonuje się w kasie Urzędu Miejskiego w Gorzowie Wlkp. lub na jego rachunek, tj.:

**Urząd Miasta Gorzowa Wlkp.
ul. Sikorskiego 3- 4
66-400 Gorzów Wlkp.
Nr konta: 56 8363 0004 0000 3968 2000 0770**

Dokonujący zapłaty obowiązany jest zamieścić na dowodzie wpłaty informację z określeniem tytułu wpłaty oraz wskazaniem adresu apteki/punktu aptecznego, którego wniosek dotyczy. Dowód wpłaty należy dołączyć do składanego wniosku.

Opracował: Aneta Mielcarek
Zatwierdził: Adam Chojnacki

.....
(przedsiębiorca)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres)

**Lubuski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
w Gorzowie Wlkp.
Jagiellończyka 4
66-400 Gorzów Wlkp.**

dotyczy: zmiany na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej /punktu aptecznego

Informuję, że z dniem nastąpi zmiana na stanowisku kierownika apteki
ogólnodostępnej / punktu aptecznego /* w

.....

ID apteki:.....

Stanowisko kierownika obejmuje Pan / Pani

PESEL:.....

PWZ:..... OIA:.....

Dyplom nr..... Wydany przez:.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Lubuskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z ustawy Prawo farmaceutyczne w tym prowadzonego rejestru aptek

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y/
(imię i nazwisko)

zam.

oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej / punktu aptecznego *

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W
(dokładny adres apteki, ID apteki)

oraz, że nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej / zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania przez stronę zezwolenia na prowadzenie apteki.*

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki / punktu aptecznego oraz zakresu odpowiedzialności na tym stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy	Stanowisko	Okres od – do

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Lubuskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zdań wynikających z ustawy Prawo farmaceutyczne w tym prowadzonego rejestru aptek

Niniejszym oświadczam:

„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia” na zasadach określonych w art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz.U. Nr 88 z 1997r. poz. 533 z późn. zm.), że wszystkie dane we wniosku i załącznikach zostały wpisane prawidłowo, zgodnie ze stanem faktycznym na dzień jego sporządzenia.”

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić