.................................................

 *(miejscowość, data sporządzenia)*

...........................................

 (pieczęć apteki)

 **Świętokrzyski Wojewódzki**

 **Inspektor Farmaceutyczny**

 **Al. IX Wieków Kielc 3**

 **25-516 Kielce**

**Ustanowienie zastępcy kierownika apteki**

**na czas nieobecności kierownika powyżej 30 dni**

(art.95 ust. 4 pkt 5 ustawy Prawo farmaceutyczne)

W związku z moją nieobecnością w aptece spowodowaną ……………………...

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Ja, niżej podpisany/a mgr farm…...................................................................................

powierzam zastępstwo na stanowisku kierownika apteki …………………...……………

........................................................................................................................................

w okresie

od ..............................................................do ................................................................

Panu/Pani mgr farm. ......................................................................................................

spełniającemu/spełniającej wymagania określone w art. 88 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne;

 .....................................................

 *(data i podpis kierownika apteki)*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie zastępstwa na stanowisku kierownika w/w apteki.

*…..............................................*

*(data i podpis zastępcy)*