

DOKUMENTY WYMAGANE DO ZMIANY NA STANOWISKU KIEROWNIKA DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ

Wniosek informujący o zmianie na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej wraz z załącznikami (*należy złożyć uwierzytelnione przez notariusza lub podmiot wydający dokument kopie dokumentów*):

- dyplom,
- prawo wykonywania zawodu
- dyplom specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii (*jeżeli kandydat posiada*)
- oświadczenie o podjęciu się obowiązków kierownika w pełnym wymiarze czasu pracy (*na załączonym druku*) wraz z przebiegiem pracy zawodowej (**ORYGINAŁ**).
Oświadczenie należy wypełnić w sposób:
 - czytelny,
 - z dokładnym podaniem całego przebiegu pracy zawodowej,
 - wskazaniem miejsca pracy z uwzględnieniem nazwy i dokładnego adresu apteki
 - wskazaniem okresu zatrudnienia dzień/ miesiąc rok.
- świadectwa pracy (*potwierdzenie wymaganego stażu pracy do objęcia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej: co najmniej roczny staż pracy w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy*)
- dokumenty wydane przez okręgową izbę aptekarską, której farmaceuta jest członkiem potwierdzające spełnianie niżej wymienionych warunków przez kierownika działu farmacji:
 - wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego,
 - wypełnia obowiązek członka samorządu aptekarskiego,
 - daje rękojmię należytego prowadzenia działu.

O Ś W I A D C Z E N I E

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 działu farmacji szpitalnej w :

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

prowadzonej przez

.....
(dane przedsiębiorcy)

oraz, że nie pełnię/zrezygnuję z * funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej. Będę informować Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny o osobie wyznaczonej na zastępstwo na czas mojej nieobecności dłuższej niż 30 dni ,jak również o rezygnacji ze stanowiska kierownika.

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia działu farmacji szpitalnej oraz zakresu odpowiedzialności na tym stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy (dokładny adres)	stanowisko , wymiar czasu pracy (mgr farm., kierownik)	okres od - do (dd/mm/rr - dd/mm/rr)
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić