## O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/ y\* mgr farm/ techn.farm.

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

 oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika punktu aptecznego w :..............................……………………………………………………………..…………..

*(dokładny adres punktu aptecznego)*

prowadzonego 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 punktu aptecznego oraz zakresu odpowiedzialności na tym stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

 Miejsce pracy stanowisko , wymiar czasu pracy okres od - do

 (dokładny adres) (mgr farm., kierownik) (dd/mm/rr - dd/mm/rr)

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

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

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

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

…............................................. ………………………………

 *(miejscowość, data) (podpis)*

\* niepotrzebne skreślić