

.....
(nazwisko i imię)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres korespondencyjny)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres mailowy)

**Do
Okręgowej Rady Aptekarskiej
w Częstochowie**

**WNIOSEK O UDZIELENIE RĘKOJMI
NALEŻYTEGO PROWADZENIA
APTEKI SZPITALNEJ / DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ**

W związku z zamiarem podjęcia przeze mnie pracy na stanowisku kierownika
apteki szpitalnej/ działu farmacji szpitalnej

.....
(nazwa i dokładny adres działu farmacji)

prowadzonej przez

(nazwa, adres oraz NIP podmiotu prowadzącego w/w dział)

zwracam się z prośbą o wydanie rękojmi należytego prowadzenia w/w apteki
szpitalnej/działu farmacji szpitalnej.

Jednocześnie informuję, że obowiązki kierownika zamierzam objąć z
dnem

.....
(czytelny podpis)

W załączeniu do niniejszego wniosku przedkładam:

1. Oświadczenie dot. znajomości przepisów prawa związanych z kierowaniem apteką szpitalną/działem farmacji szpitalnej itp.
2. Oświadczenie dot. stażu pracy
3. Przebieg pracy zawodowej

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
nr PWZ
Adres zamieszkania.....
nr tel. adres e-mail.

oświadczam, że:

1. Podejmę się pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej w:

.....
.....

od dnia..... w wymiarze czasu pracy:

Ponadto po zatrudnieniu w w/w aptece/dziale będę jednocześnie wykonywał/a zawód farmaceuty w następujących miejscach (pozostałe miejsca pracy i wymiar czasu pracy):

.....
.....

2. Nie będę pełnił jednocześnie obowiązków kierownika innej apteki, hurtowni farmaceutycznej, działu farmacji szpitalnej lub punktu aptecznego.

3. Nie jestem / jestem (*) ukarana/y dyscyplinarnie przez Sąd Dyscyplinarny, oraz toczy się / nie toczy się (*) przeciwko mnie postępowanie dyscyplinarne przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

4. Znane mi są przepisy dotyczące prowadzenia apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej oraz zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

5. Zobowiązuję się do sumiennego i starannego wykonywania swoich obowiązków zgodnie z przepisami, ze szczególnym uwzględnieniem:

a) Ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2024 poz. 686);

b) Ustawy o Zawodzie Farmaceuty (Dz.U. 2024 poz. 676);

c) Ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. 2024 poz. 688);

d) Zasad etyki i deontologii zawodowej farmaceuty RP (art. 37 pkt 1 ustawy o izbach aptekarskich –

Uchwała nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 28 stycznia 2024 r. w sprawie zmiany Kodeksu Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej)

e). Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2022 poz. 1233).

Zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu Karnego (Dz.U. 2024 poz. 17) oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych na potrzeby opiniowania kierownika. Obowiązek informacyjny:

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Częstochowska Okręgowa Izba Aptekarska z siedzibą w Częstochowie, ul. Waszyngtona 28m7. CzOIA informuje, że podstawą prawną przetwarzania Pana/i danych osobowych jest wypełnienie obowiązku ciążącego na nim (art. 6 lit. c RODO), a dane te będą przetwarzane w celu określonym powyżej przez czas niezbędny dla jego realizacji, o ile wcześniej nie zostanie zgłoszony Pani/a skuteczny sprzeciw. Podanie danych jest dobrowolne.

.....

(czytelny podpis)

(*) niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/ynr PWZ,
w związku z wnioskiem o wydanie opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji
kierownika apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej zlokalizowanej w:

.....
.....

w celu spełnienia wymogów art. 88 ust. 2 ustawy - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2024 poz. 686),
świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy Kodeks Karny (Dz.U. 2024
poz. 17) oświadczam, że w okresie od dniado dnia

1. nie korzystałam(em)/korzystałam(em)* z urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę
z art. 174 KP

(ilość dni

2. nie korzystałam(em)/korzystałam(em)* z zasiłku chorobowego zgodnie z ustawą
o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia
25 czerwca 1999 r.

(ilość dni

3. nie korzystałam(em)/korzystałam(em)* z zasiłku rehabilitacyjnego zgodnie z ustawą
o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia
25 czerwca 1999 r.

(ilość dni

4. nie korzystałam(em)/korzystałam(em)* z zasiłku opiekuńczego zgodnie z ustawą
o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia
25 czerwca 1999 r.

(ilość dni

5. nie korzystałam(em)/korzystałam(em)* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres
ustalony przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu macierzyńskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach
pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dn. 25 czerwca 1999r.

(ilość dni

6. nie korzystałam(em)/korzystałam(em)* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres
ustalony przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu rodzicielskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach
pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dn. 25 czerwca 1999r.

(ilość dni

7. nie korzystałam(em)/korzystałam(em)* z urlopu wychowawczego zgodnie z art. 186 KP

(ilość dni

8. ponadto z innych względów nie wykonywałam(em) pracy na stanowisku mgr farm. w aptece
ogólnodostępnej

(ilość dni

.....
(czytelny podpis)

(*) niepotrzebne skreślić

**Przebieg pracy zawodowej kandydata na stanowisko kierownika
apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej:**

L.p.	Okres pracy od - do	Nazwa zakładu pracy	adres	funkcja
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

.....
(podpis)