

miejsowość, data

.....
(pełna nazwa i adres siedziby podmiotu
ubiegającego się o przeniesienie zezwolenia)

Tel.....

e-mail.....

**Śląska Okręgowa Izba Aptekarska
w Katowicach**

**dotyczy: personelu fachowego i godzin otwarcia apteki w związku wydaniem rękojmi należytego
prowadzenia apteki przez nabywców działających w trybie kodeksu spółek handlowych lub
kodeksu cywilnego.**

Informuję, że apteka:

będzie funkcjonowała w godzinach:

poniedziałek – piątek

sobota

niedziela

uwagi :

Stan zatrudnienia zapewniający stałą obecność magistra farmacji w godzinach otwarcia apteki
przedstawia się / będzie przedstawiał się* następująco:

LP.	MGR FARM. NAZWISKO IMIĘ	RODZAJ ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACY

.....
czytelny podpis właściciela apteki

* niepotrzebne skreślić

UWAGA:

Zwracamy uwagę, że analizujemy stan farmaceutów pod kątem godzin otwarcia apteki i obowiązujących przepisów pracy.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

zam. (adres, tel.)

numer PWZ Farmaceuty

Jako nabywca udziałów w spółce prawa handlowego, w związku z wnioskiem o zmianę zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej

oświadczam, że:

- Spełniam wymagania, o których mowa w art. 99 ust. 3, 3a, 4-4b i art. 101 pkt 2-5 ustawy Prawo farmaceutyczne.

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

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

1. Ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.);
2. Ustawy o Zawodzie Farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97);
3. Ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. 2019 poz. 1419 ze zm.);
4. Zasad etyki i deontologii zawodowej aptekarza RP (art. 37 pkt 1 ustawy o izbach aptekarskich – Uchwała Nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r. w sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej)
4. Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2018 poz. 419).

.....
czytelny podpis

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/, nr PWZ,
w związku z wnioskiem o wydanie rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej jako nabywca
.....
świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy Kodeks Karny (Dz.U. nr 98 z 1997 r.
poz. 553) oświadczam, że zgodnie z art. 99 ust. 3a Ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974) prowadzę
lub jako wspólnik w spółkach uczestniczę w prowadzeniu następujących aptek:

1.
2.
3.

.....
składający oświadczenie

.....
przyjmujący oświadczenie