

.....
miejsowość, data

.....
imię, nazwisko kandydata na kierownika

Nr PWZ

Tel.kom.....

e-mail.....

**Śląska Okręgowa Izba Aptekarska
w Katowicach**

OŚWIADCZENIE

W związku z zamiarem równoczesnego pełnienia funkcji kierownika apteki oraz działu farmacji szpitalnej / dwóch działów farmacji szpitalnej* (art. 88 ust. 1c ustawy Pf), poniżej podaję następujące informacje dotyczące miejsc zatrudnienia:

1. apteka ogólnodostępna / szpitalna* zlokalizowana w

.....

a) obecne/planowane* miejsce pracy

b) wymiar czasu pracy

c) ilość łóżek w podmiocie leczniczym

d) ilość obsady magisterskiej z kier.

e) godziny czynności apteki

2. dział farmacji szpitalnej zlokalizowany w

.....

a) obecne/planowane* miejsce pracy

b) wymiar czasu pracy

c) ilość łóżek w podmiocie leczniczym

d) ilość obsady magisterskiej z kier.

e) godziny czynności DSF

3. dział farmacji szpitalnej zlokalizowany w

.....

a) obecne/planowane* miejsce pracy

b) wymiar czasu pracy

c) ilość łóżek w podmiocie leczniczym

d) ilość obsady magisterskiej z kier.

e) godziny czynności DSF

Ponadto poza ww. miejscami:

- zatrudniona/y jestem:

1.

2.

- jestem właścicielem / współwłaścicielem* aptek (podać ilość) :

.....

czytelny podpis kandydata na kierownika

* niepotrzebne skreślić