

miejsowość, data .....

.....  
imię, nazwisko kandydata na kierownika

.....  
adres zamieszkania

Nr PWZ .....

Tel.....

e-mail.....

**Śląska Okręgowa Izba Aptekarska  
w Katowicach**

**WNIOSEK**

**w sprawie wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika w związku ze zmianą na stanowisku kierownika funkcjonującej apteki szpitalnej nie starającej się o nowe zezwolenie /działu farmacji szpitalnej (\*)**

W związku ze zmianą od dnia ..... na stanowisku kierownika apteki szpitalnej/  
działu farmacji szpitalnej(\*) mieszczącej się w:

.....  
(nazwa i adres apteki/dsf)

.....  
zwracam się o wydanie opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika ww. apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej(\*)

.....  
czytelny podpis kandydata na kierownika

Ilość łóżek w podmiocie leczniczym, w którym planowana jest zm. na stanowisku kierownika.....

**UWAGA:**

- należy dołączyć **ZAŁĄCZNIK nr 1**

\* niepotrzebne skreślić

.....  
 miejscowość, data .....

.....  
 (pełna nazwa i adres siedziby podmiotu  
 prowadzącego aptekę szpitalną / dfs)

Tel.....

e-mail.....

#### Załącznik

do wniosku mgr farm. ....  
 w sprawie wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika w związku ze  
 zmianą na stanowisku kierownika funkcjonującej apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej(\*) nie  
 starającej się o nowe zezwolenie.

Informuję, że od dnia .....

funkcję kierownika apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej(\*) mieszczącej się w:

.....  
 (nazwa i adres apteki/dsf)

.....  
 pełnić będzie Pan/Pani mgr farm. ....

zamieszkały/a w: .....

Obecny kierownik apteki/działu farmacji szpitalnej(\*)

mgr farm. .... zaprzestaje pełnić funkcję kierownika

z dniem .....

.....  
 czytelny podpis właściciela apteki szpitalnej / dfs

\* niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .....

zam. (adres, tel.) .....

oświadczam, że podejmę się pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej /dsf (\*) w:

.....

w wymiarze czasu pracy: .....

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

.....

.....

.....

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

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

- Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki szpitalnej / dsf (\*) oraz zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

- 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

**PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ:**

| L.P. | OKRES PRACY<br>OD – DO | NAZWA ZAKŁADU PRACY<br>(APTEKA) | ADRES | STANOWISKO |
|------|------------------------|---------------------------------|-------|------------|
| 1.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 2.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 3.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 4.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 5.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 6.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 7.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 8.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 9.   |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 10.  |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 11.  |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 12.  |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 13.  |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 14.  |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |
| 15.  |                        |                                 |       |            |
|      |                        |                                 |       |            |

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/ .....nr PWZ .....  
w związku z wnioskiem o wydanie rękojmi należytego prowadzenia apteki szpitalnej / dsf

.....  
w celu spełnienia wymogów art. 93 ust. 3 p.1, art.93 ust. 3 p. 4 ustawy - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.), świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy Kodeks Karny (Dz.U. nr 98 z 1997 r. poz. 553) oświadczam, że w okresie od dnia .....do 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 dnia 25 czerwca 1999 r.  
(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 dnia 25 czerwca 1999 r.  
(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 .....)

.....  
składający oświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

.....  
przyjmujący oświadczenie

## APTEKA SZPITALNA/DSF

### KWESTIONARIUSZ do przeprowadzenia rozmowy w sprawie wydania opinii na temat kandydata na kierownika i spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apteki szpitalnej / dsf.

data.....

- Czy Pan/Pani systematycznie uzupełnia dane w rejestrze farmaceutów? **Tak / Nie**

- Czy są opłacone składki członkowskie na rzecz samorządu aptekarskiego? **Tak / Nie**

- Czy był/a Pan/Pani karana w Sądzie Aptekarskim i czy toczy się wobec Pana/Pani postępowanie u Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej? **Tak / Nie**

01 - Imię i nazwisko:.....

02 - Adres zamieszkania:.....

03 - Przebieg pracy zawodowej - zgodność z rejestrem Śląskiej Izby Aptekarskiej. **Tak / Nie**

04 - Dane osobowe - Karta Zgłoszenia Danych Osobowych do Rejestru Farmaceutów. **Tak / Nie**

05 - Tytuł naukowy / Stopień naukowy:.....

06 - Wykształcenie (nazwa uczelni wyższej, rok ukończenia):.....

07 - Wykształcenie uzupełniające (studia podyplomowe, kursy): .....

08 - Prawo wykonywania zawodu (izba, numer, rok):.....

09 - Posiadane (ew. w trakcie) specjalizacje (rodzaj, stopień, rok):.....

10 - Dodatkowe uprawnienia, umiejętności itp.:  
.....

11 - Planowane miejsce i wymiar zatrudnienia:  
.....

12 - Czy planowane miejsce pracy będzie jedynym miejscem pracy farmaceuty (wymagany załącznik - oświadczenie dotyczące miejsc pracy)? **Tak / Nie**

13 - Czy w aptekach, w których Pan/Pani pracował/a była pracownia żywienia pozajelitowego i leków cytostatycznych?  
.....**Tak / Nie**

14 - Czy była receptura, której wykonywano leki jałowe i czy potrafi Pan/Pani obsługiwać sprzęt wykorzystywany do produkcji recepturowej? **Tak / Nie**

15 - Czy w aptecę, którą zamierza Pan/Pani kierować będą przygotowywane dla pacjenta leki w dawkach indywidualnych? **Tak / Nie**

16 - Czy bierze Pan/Pani udział w szkoleniach ciągłych farmaceutów? **Tak / Nie**

okres rozliczeniowy od..... do.....

okres rozliczeniowy od..... do.....

17 - Czy apteka, w której zamierza Pan/Pani pełnić funkcję kierownika jest przygotowana do wypełniania formalności związanych z wdrożeniem e-recepty, ZSMOPL, KOWAL (serializacja)? Czy będą przestrzegane procedury wynikające

z tzw. ustawy o RODO?

**Tak / Nie**

18 - Proszę wyjaśnić zasady postępowania w przypadkach wstrzymania i/lub wycofania leku oraz otrzymania komunikatu bezpieczeństwa URPL.

.....

19 - Czy korzysta Pan/Pani z informacji zamieszczanych w witrynie internetowej Izby Aptekarskiej i możliwości elektronicznego kontaktu z Izbą, czy orientuje się Pan/Pani czym jest newsletter SIA dostępny na stronie izby?

..... **Tak / Nie**

20 - Czy zna Pan/Pani Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej i inne przepisy np. ustawy, rozporządzenia, obwieszczenia konieczne do kierowania apteką szpitalną (wg. załącznika NIA w zakładce prawnej)?

..... **Tak / Nie**

21 - Czy wie Pan/Pani, za co odpowiada kierownik apteki szpitalnej lub kierownik działu farmacji szpitalnej?

**Tak / Nie**

22 - Czy wie Pan/Pani, jakie czynności mogą (lub nie mogą) wykonywać: stażysta student, stażysta technik farmaceutyczny i technik farmaceutyczny?

**Tak / Nie**

23 - Czy zapoznał/a się Pan/Pani z apteką, którą będzie kierować?

**Tak / Nie**

*Kandydat na kierownika powinien znać aptekę, którą zamierza kierować i wykazać się znajomością szczegółów danej apteki, wykazując, że apteka spełnia wszystkie wymagania, co pozwala mu na wypełnianie swoich powinności kierownika.*

**UWAGA: Opinia dotycząca spełniania przez farmaceutę warunków pełnienia funkcji kierownika wydana przez Radę SIA lub Prezydium Rady SIA jest ważna i obowiązuje od dnia jej podjęcia.**

Czytelnie:

.....

Podpis kandydata na kierownika

.....

Podpisy członków komisji prowadzących rozmowę