**Oświadczenie kierownika apteki, w której farmaceuta będzie odbywać przeszkolenie uzupełniające**

Zgodnie z art. 37 ustawy o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2022 poz. 184) prosimy o uzupełnienie informacji dotyczących opiekuna oraz apteki w której ma być prowadzone przeszkolenia uzupełniające farmaceuty.

1. Czy apteka realizuje zakres usługi farmaceutycznej polegający m.in. na:
	1. Wykonywaniu leków recepturowych TAK NIE
	2. Wykonywaniu leków recepturowych w warunkach aseptycznych TAK NIE
2. Czy apteka prowadzi obrót lekami z gr I N i II P TAK NIE
3. Czy apteka przekazała do ŚIA aktualny rejestr zatrudnionych farmaceutów TAK NIE
4. Jakie są godziny czynności apteki ……………………………………………………………………………………………

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

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

1. Proszę wskazać opiekuna nadzorującego przebieg przeszkolenia uzupełniającego.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………… ………………………………………………………………

 (data) (pieczątka i podpis kierownika apteki)