

miejsowość, data .....

.....  
(nazwa, adres zezwoleniobiorcy (pieczęć firmy))

tel.kom. ....

e-mail.....

### OŚWIADCZENIE ZEZWOLENIOBIORCY

na potrzeby wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika w związku ze zmianą na stanowisku kierownika już funkcjonującej apteki ogólnodostępnej nie starającej się o nowe zezwolenie.

#### Oświadczam, że:

1. Zmiana na stanowisku kierownika apteki:

..... następuje z dniem: .....

2. Kandydatem na stanowisko kier. w/w apteki jest: .....

3. Obecny kierownik apteki ..... zaprzestaje pełnić funkcję kierownika z dniem .....

4. Apteka będzie funkcjonowała w godz.:  
poniedziałek – piątek .....  
sobota .....  
niedziela .....

uwagi : .....

5. Obsada magisterska apteki będzie przedstawiała się następująco:

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

6. Wykazana wyżej obsada magisterska zgodna jest ze stanem faktycznym i zapewnia stałą obecność magistra farmacji w godzinach otwarcia apteki.

7. Rozliczanie czasu pracy zgodne jest z kodeksem pracy / równoważnym systemem pracy (\*)

**Zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

Obowiązek informacyjny: <http://www.katowice.oia.pl/oi.html> Administratorem Twoich danych osobowych jest Śląska Izba Aptekarska z siedzibą w Katowicach, ul. Kryniczna 15.

(\*) niepotrzebne skreślić

.....  
czytelny podpis zezwoleniobiorcy

## OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA KIEROWNIKA

na potrzeby wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika w związku ze zmianą na stanowisku kierownika już funkcjonującej apteki ogólnodostępnej nie starającej się o nowe zezwolenie.

Ja niżej podpisany/a ..... nr PWZ .....

adres zamieszkania.....

nr tel. .... adres e-mail. ....

### oświadczam, że:

1. Podejmę się pełnienia obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej w:

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

Ponadto po zatrudnieniu w w/w aptece 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 ogólnodostępnej / szpitalnej (\*) oraz zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

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

1. Ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2024 poz. 686);
2. Ustawy o Zawodzie Farmaceuty (Dz.U. 2024 poz. 676);
3. Ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. 2024 poz. 688);
4. 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)
5. Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2022 poz. 1233).

6. Zapoznałem/łam się z obsadą magisterską apteki, która zgodna jest ze stanem faktycznym i zapewnia stałą obecność magistra farmacji w godzinach otwarcia apteki.

**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: <http://www.katowice.oia.pl/oi.html> Administratorem Twoich danych osobowych jest Śląska Izba Aptekarska z siedzibą w Katowicach, ul. Kryniczna 15. Śląska Izba Aptekarska informuje, że podstawą prawną przetwarzania Twoich 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 Twój skuteczny sprzeciw. Podanie danych jest dobrowolne.

(\*) niepotrzebne skreślić

.....  
czytelny podpis

**PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ:**

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

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

UWAGA: do wypełnionej powyżej tabeli należy dołączyć kserokopie świadectw pracy dokumentujących przebieg pracy zawodowej potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osobę składającą dokumenty do opiniowania.

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/ .....nr PWZ .....,  
w związku z wnioskiem o wydanie opinii dot. spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apt. ogólnodost.

.....  
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 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 .....)

(\*) niepotrzebne skreślić

.....  
czytelny podpis

**KWESTIONARIUSZ w sprawie wydania opinii na temat kandydata na kierownika i spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej.**

1. Imię i nazwisko: .....

2. Czy Pan/Pani systematycznie uzupełnia dane w rejestrze farmaceutów (przebieg pracy zawodowej, dane osobowe, dane teleadresowe)?

Tak	Nie
-----	-----

3. Staż pracy zawodowej (rok wydania PWZ): .....

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

5. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności itp.: .....

6. Planowane miejsce zatrudnienia: .....

7. Czy planowane miejsce pracy będzie jedynym miejscem pracy farmaceuty?

Tak	Nie
-----	-----

8. Jak się ma obecne miejsce zamieszkania do miejsca pracy w aptece, czy dojazdy nie kolidują z pracą?

Tak	Nie
-----	-----

9. Czy w aptekach, w których Pan/Pani pracował/a była receptura i czy wykonywano leki jałowe?

Tak	Nie
-----	-----

10. Jaka receptura będzie w aptece, którą zamierza Pan/Pani kierować? Czy potrafi Pan/Pani obsługiwać sprzęt wykorzystywany w przygotowywaniu leków recepturowych?

.....  
.....

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

.....  
.....

12. Czy potrafi Pan/Pani zgodnie z aktualnym rozporządzeniem MZ realizować zapotrzebowanie na produkty lecznicze (rejestr zakładów leczniczych, biała lista płatników)?

Tak	Nie
-----	-----

13. Czy korzysta Pan/Pani z informacji zamieszczanych na stronie internetowej Izby i możliwości elektronicznego kontaktu z Izbą, czy korzysta Pan/Pani ze strefy farmaceuty (rozliczanie szkoleń, wgląd do danych oraz składek)?

Tak	Nie
-----	-----

14. Czy zna Pan/Pani Kodeks Etyki Farmaceuty RP i inne przepisy np. ustawy, rozporządzenia, obwieszczenia konieczne do kierowania apteką?

Tak	Nie
-----	-----

15. Czy wie Pan/Pani, co należy do zadań kier. apteki ogólnodostępnej i za co odpowiada kierownik?

Tak	Nie
-----	-----

16. Czy wie Pan/Pani, że kierownik jest odpowiedzialny za stałą obecność magistra farmacji w aptece, w tym także w czasie dyżuru apteki? Jak należy postąpić w przypadku braku farmaceuty w godzinach otwarcia apteki?

Tak	Nie
-----	-----

.....

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

Tak	Nie
-----	-----

18. Czy zapoznał/a się Pan/Pani z apteką, którą będzie kierować oraz czy skład zespołu fachowego apteki (magistrów farmacji) w przyszłym miejscu pracy zapewnia pełną obsadę na planowane godziny otwarcia apteki zgodnie z przepisami prawa farmaceutycznego i prawa pracy? *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 powinności kierownika.*

Tak	Nie
-----	-----

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

**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.**

.....  
miejscowość, data

.....  
Podpis kandydata na kierownika