

miejsceowość, data

.....
imię, nazwisko kandydata na kierownika

Śląska Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach

WNIOSEK

w sprawie wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika nowo powstającej/go apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej(*)

W związku z zamiarem ubiegania się podmiotu

.....
(pełna nazwa i adres siedziby podmiotu ubiegającego się o wydanie zezwolenia lub pieczęć)

o udzielenie zgody na prowadzenie apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej (*) mieszczącej/go się w:

.....
(nazwa i adres apt. szpit. / dfs)

zwracam się o wydanie opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika ww. apt. szpit./dfs(*).

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/anr PWZ

adres zamieszkania.....

nr tel. adres e-mail.

oświadczam, że:

1. Podejmę się pełnienia obowiązków kierownika apteki szpitalnej/dfs (*) w:

.....
od dniaw 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 szpitalnej / dfs (*) 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).

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

miejsowość, data

.....
(pełna nazwa i adres siedziby podmiotu ubiegającego się o zgodę
na prowadzenie apt. szpit. / dfs)

tel.

e-mail.....

**OŚWIADCZENIE
PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZGODĘ NA PROWADZENIE APT. SZPIT. / DFS (*)**

Oświadczam, że:

1. Opinia dotycząca spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika nowo powstającej/go apt. szpit / dfs (*)

W
(nazwa i adres apteki/dfs)
niezbędna jest do przedstawienia w SIWIF w Katowicach, w związku ze złożeniem / planowanym złożeniem (*) wniosku
o udzielenie zgody na prowadzenie apteki szpitalnej / dfs (*) jw.

2. Kandydatem na stanowisko kierownika w/w apt. szpit. /dfs (*) jest:

Pan/Pani mgr farm.nr PWZ.....

3. Ilość łóżek w podmiocie leczniczym, w którym planowana jest apteka szpit. / dfs (*)

4. Ilość obsady magisterskiej apteki szpit./dfs (*) będzie wynosić i zgodna będzie z przepisami art.
87a ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2024 poz. 686)

**Zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu Karnego (Dz.U. 2024 poz. 17) 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

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 dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apt. szpit./dfs(*)

.....
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 dniado 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 szpitalnej / dfs.

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. Czy w aptekach, w których Pan/Pani pracował/a była pracownia żywienia pozajelitowego i leków cytostatycznych?

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

9. Czy była receptura, w której wykonywano leki jałowe i czy potrafi Pan/Pani obsługiwać sprzęt wykorzystywany do produkcji recepturowej?

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

10. Czy w aptecę, którą zamierza Pan/Pani kierować będą przygotowywane dla pacjenta leki w dawkach indywidualnych?

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

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

.....

.....

12. 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
-----	-----

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

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

14. Czy wie Pan/Pani, za co odpowiada kierownik apteki szpit. / kierownik dfs?

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

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

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

16. Czy zapoznał/a się Pan/Pani z apteką, którą będzie kierować oraz czy obsada magisterska apteki szpitalnej / dfs zgodna jest z przepisami art. 87a ustawy Prawo farmaceutyczne? *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.

.....
miejsowość, data

.....
Podpis kandydata na kierownika