

.....  
imię, nazwisko kandydata na kierownika

**Śląska Okręgowa Izba Aptekarska  
w Katowicach**

**WNIOSEK**

w sprawie wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji osoby odpowiedzialnej za prowadzenie nowo powstającej hurtowni farmaceutycznej

**W związku z ubieganiem się / zamiarem ubiegania się (\*) podmiotu**

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

**o udzielenie zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej mieszczącej się w:**

.....  
(nazwa i adres hurtowni farmaceutycznej)

**zwracam się o wydanie opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji osoby odpowiedzialnej za prowadzenie nowo powstającej hurtowni farmaceutycznej**

**OŚWIADCZENIE**

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

adres zamieszkania.....

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

**oświadczam, że:**

1. Podejmę się pełnienia obowiązków osoby odpowiedzialnej za prowadzenie nowo powstającej hurtowni farmaceutycznej w:

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

Ponadto po zatrudnieniu w w/w hurtowni farm. 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 hurtowni farmaceutycznej i 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 udzielenie zezwolenia na prowadzenie hurt. farm.)

tel. ....

e-mail.....

**OŚWIADCZENIE  
PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE  
HURTOWNI FARMACEUTYCZNEJ**

**Oświadczam, że:**

1. Opinia dotycząca spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika nowo powstającej hurtowni farmaceutycznej

w .....  
(nazwa i adres hurtowni farm.)

niezbędna jest do przedstawienia w GIF w Warszawie, w związku ze złożeniem / planowanym złożeniem (\*) wniosku  
o udzielenie zgody na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej jw.

2. Kandydatem na stanowisko osoby odpowiedzialnej za prowadzenie nowo powstającej hurtowni farmaceutycznej jest:

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

**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 osoby odpowiedzialnej za  
prowadzenie HF .....  
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 .....)

.....  
czytelny podpis

**KWESTIONARIUSZ w sprawie wydania opinii na temat kandydata osoby odpowiedzialnej  
za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej**

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

.....

.....

9. 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
-----	-----

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

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

11. Czy wie Pan/Pani, za co odpowiada osoba odpowiedzialna za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej i jakie posiada uprawnienia?

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

12. Czy zapoznał/a się Pan/Pani z zagadnieniami związanymi z przestrzeganiem warunków DPD hurtowni farmaceutycznej i wdrażaniem obowiązujących procedur?

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

13. Czy zapoznał/a się Pan/Pani z hurtownią, którą będzie kierować? *Kandydat na os. odpowiedzialną powinien znać hurtownię, którą zamierza kierować i wykazać się znajomością szczegółów danej hurtowni, wykazując, że hurtownia spełnia wszystkie wymagania, co pozwala mu na wypełnianie swoich powinności.*

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 os. odpowiedzialną