

Oświadczenie kierownika apteki, w której farmaceuta będzie odbywać przeszkolenie uzupełniające

Zgodnie z art. 37 ustawy o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2024 poz 676) prosimy o uzupełnienie informacji dotyczących opiekuna oraz apteki w której ma być prowadzone przeszkolenie uzupełniające farmaceutę.

- | | | | |
|--|--|-----|-----|
| 1) Czy apteka realizuje zakres usługi farmaceutycznej polegający m.in. na: | | | |
| a. Wykonywaniu leków recepturowych | | TAK | NIE |
| b. 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 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 5) Proszę wskazać opiekuna nadzorującego przebieg przeszkolenia uzupełniającego. | | | |
| | | | |

.....	
(data)	(pieczętka i podpis kierownika apteki)