

APTEKI OGÓLNODOSTĘPNE

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

data.....

- Czy Pan/Pani systematycznie uzupełnia dane w rejestrze farmaceutów? **Tak / Nie**

- Czy są opłacone składki członkowskie na rzecz samorządu aptekarskiego? **Tak / Nie**

- Czy był/a Pan/Pani karana w Sądzie Aptekarskim i czy toczy się wobec Pana/Pani postępowanie u Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej? **Tak / Nie**

01 - Imię i nazwisko:.....

02 - Adres zamieszkania:.....

03 - Przebieg pracy zawodowej - zgodność z rejestrem Śląskiej Izby Aptekarskiej. **Tak / Nie**

04 - Dane osobowe - Karta Zgłoszenia Danych Osobowych do Rejestru Farmaceutów. **Tak / Nie**

05 - Tytuł naukowy / Stopień naukowy:.....

06 - Wykształcenie (nazwa uczelni wyższej, rok ukończenia):.....

07 - Wykształcenie uzupełniające (studia podyplomowe, kursy):

08 - Prawo wykonywania zawodu (izba, numer, rok):.....

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

10 - Dodatkowe uprawnienia, umiejętności itp.:.....

11 - Planowane miejsce zatrudnienia:.....

12 - Czy planowane miejsce pracy będzie jedynym miejscem pracy farmaceuty (wymagany załącznik - oświadczenie dotyczące miejsc pracy)? **Tak / Nie**

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

..... **Tak / Nie**

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

.....

15 - Czy bierze Pan/Pani udział w szkoleniach ciągłych farmaceutów? **Tak / Nie**

okres rozliczeniowy od..... do.....

okres rozliczeniowy od..... do.....

16 - Czy apteka, w której zamierza Pan/Pani pełnić funkcję kierownika jest przygotowana do wypełniania formalności związanych z wdrożeniem e-recepty, ZSMOPL, KOWAL (serializacja)? Czy będą przestrzegane procedury wynikające z tzw. ustawy o RODO? **Tak / Nie**

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

.....

18 - Czy potrafi Pan/Pani zgodnie z aktualnym rozporządzeniem MZ realizować zapotrzebowanie na produkty lecznicze

(rejestr zakładów leczniczych, biała lista płatników)?

.....**Tak / Nie**

19 - Czy korzysta Pan/Pani z informacji zamieszczanych w witrynie internetowej Izby Aptekarskiej i możliwości elektronicznego kontaktu z Izbą, czy orientuje się Pan/Pani czym jest newsletter SIA dostępny na stronie izby?

.....**Tak / Nie**

20 - Jak się ma obecne miejsce zamieszkania do miejsca pracy w aptece? Czy dojazdy nie kolidują z pracą?

.....**Tak / Nie**

21 - Czy zna Pan/Pani Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej i inne przepisy np. ustawy, rozporządzenia, obwieszczenia konieczne do kierowania apteką (wg. załącznika NIA w zakładce prawnej)?

.....**Tak / Nie**

22 - Czy wie Pan/Pani, za co odpowiada kierownik apteki?

Tak / Nie

23 - 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**

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

Tak / Nie

25 - 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?

Należy przedstawić zgodnie z załącznikiem spis magistrów farmacji, którzy pracują / będą pracować w danej aptece (włącznie z ich oświadczeniami według załącznika) z zaznaczeniem wymiaru i rodzaju zatrudnienia. Ilość personelu fachowego musi zapewnić wymóg obecności farmaceuty w czasie jej godzin otwarcia zgodnie z prawem farmaceutycznym i prawem pracy.

26 - W jakich dniach i godzinach będzie otwarta apteka, którą zamierza Pan/Pani kierować?

poniedziałek-piątek od..... do.....
sobota od..... do.....
niedziela od..... do.....
Całodobowa

27 - Czy zapoznał/a się Pan/Pani z apteką, którą będzie kierować?

Tak / Nie

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 swoich powinności kierownika.

28 - Czy właściciel apteki i kierownik podpisali załącznik do umowy o pracę i zdają sobie sprawę, kto za co odpowiada i jakie są obowiązki kierownika i właściciela?

Tak / Nie

Do wglądu podpisany przez kandydata na kierownika i właściciela apteki proponowany załącznik do umowy o pracę, którego celem jest zapewnienie kierownikowi właściwego umocowania w aptece, co wynika z powoływanych w załączniku przepisów.

Czytelnie:

.....

Podpis kandydata na kierownika

.....

Podpisy członków komisji prowadzących rozmowę

miejsowość, data

.....
imię, nazwisko kandydata na kierownika

.....
adres zamieszkania

Nr PWZ

Tel......

e-mail.....

**Śląska Okręgowa Izba Aptekarska
w Katowicach**

INFORMACJA DO WNIOSKU ŚIWIF

w sprawie wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika nowo powstającej apteki ogólnodostępnej.

W związku z zamiarem ubiegania się podmiotu:

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

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w:

.....
.....
(nazwa i adres apteki)

jako kandydat na kierownika ww. apteki składam informacje zgodnie z poniższymi załącznikami.

.....
czytelny podpis kandydata na kierownika

UWAGA:

- należy dołączyć **ZALĄCZNIK nr 1**

miejsowość, data

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

Tel.....

e-mail.....

Na podstawie Karty Informacyjnej Nr 1 Śląskiego Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Katowicach dotyczącej procedury udzielania zezwoleń uprawniających do prowadzenia apteki ogólnodostępnej

Oświadczam, że

opinia dotycząca spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika nowo powstającej apteki ogólnodostępnej

W.....

przez kandydata na kierownika, którym jest.....

jest niezbędna do przedstawienia w SIWIF w Katowicach w związku ze złożeniem / planowanym złożeniem* wniosku o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej jw.

.....
czytelny podpis właściciela apteki

*niepotrzebne skreślić

miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/nr PWZ,
w związku z wnioskiem o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej w

.....
świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy Kodeks Karny (Dz.U. nr 98 z 1997 r. poz. 553) oświadczam, że zgodnie z art. 99 ust. 3a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2020 poz. 944 ze zm.) prowadzę lub jako wspólnik w spółkach uczestniczę w prowadzeniu następujących aptek:

1.
2.
3.

.....
składający oświadczenie

.....
przyjmujący oświadczenie

miejsowość, data

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

**Śląska Okręgowa Izba Aptekarska
w Katowicach**

dotyczy: personelu fachowego i godzin otwarcia apteki w związku z opiniowaniem kandydata na kierownika apteki

Informuję, że apteka:

będzie funkcjonowała w godzinach:

poniedziałek – piątek

sobota

niedziela

uwagi :

Stan zatrudnienia zapewniający stałą obecność magistra farmacji w godzinach otwarcia apteki przedstawia się / będzie przedstawiał się* następująco:

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

.....
czytelny podpis właściciela apteki

* niepotrzebne skreślić

UWAGA:

Zwracamy uwagę, że analizujemy stan farmaceutów pod kątem godzin otwarcia apteki i obowiązujących przepisów pracy.

OBSADA MGR FARMACJI W GODZINACH CZYNNOŚCI APTEKI

MIES.	IMIĘ I NAZWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	IMIĘ I NAZWISKO
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

zam. (adres, tel.)

oświadczam, że podejmę się pełnienia obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej / apteki szpitalnej

/ hurtowni farm. (*) w:

w wymiarze czasu pracy:

Ponadto po zatrudnieniu w w/w miejscu pracy będę jednocześnie wykonywał/a zawód farmaceuty w następujących miejscach (pozostałe miejsca pracy i wymiar czasu pracy):

.....
.....
.....

- Nie będę pełnić jednocześnie obowiązków kierownika innej apteki, hurtowni farmaceutycznej, działu farmacji szpitalnej lub punktu aptecznego.

- Nie jestem / jestem (*) ukarana/y dyscyplinarnie przez Sąd Dyscyplinarny, oraz toczy się / nie toczy się (*) przeciwko mnie postępowanie dyscyplinarne przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

- Znam mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki ogólnodostępnej / hurtowni farmaceutycznej (*) oraz zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

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

1. Ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.);
2. Ustawy o Zawodzie Farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97);
3. Ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. 2019 poz. 1419 ze zm.);
4. Zasad etyki i deontologii zawodowej aptekarza RP (art. 37 pkt 1 ustawy o izbach aptekarskich – Uchwała Nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r. w sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej)
4. Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2018 poz. 419).

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

Poniższe oświadczenie wypełniają wszyscy magistrowie farmacji zatrudnieni w aptece istniejącej lub którzy będą zatrudnieni w przypadku apteki starającej się o nowe zezwolenie

miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

zam. (adres, tel.)

oświadczam, że podejmę się pracy / pracuję (*) w aptece ogólnodostępnej w:

.....

w wymiarze czasu pracy:

Ponadto po zatrudnieniu w w/w miejscu pracy będę jednocześnie wykonywał/a zawód farmaceuty w następujących miejscach (pozostałe miejsca pracy i wymiar czasu pracy):

.....

.....

.....

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

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.				

.....
 miejscowość, data

.....
 czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/nr PWZ,
w związku z wnioskiem o wydanie opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apteki
ogólnodostępnej

.....
w celu spełnienia wymogów art. 88 ust. 2 ustawy - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.),
świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy Kodeks Karny (Dz.U. nr 98 z 1997 r.
poz. 553) 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

.....
składający oświadczenie

.....
przyjmujący oświadczenie