

## **HURTOWNIA FARMACEUTYCZNA**

**KWESTIONARIUSZ do przeprowadzenia rozmowy w sprawie wydania opinii na temat kandydata na kierownika i spełniania warunków pełnienia funkcji osoby odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej.**

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 i wymiar zatrudnienia:

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

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

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

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

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

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

.....  
16 - 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**

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

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

18 - Czy wie Pan/Pani, za co odpowiada kierownik hurtowni i jakie posiada uprawnienia?

**Tak / Nie**

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

**Tak \ Nie**

20 - Czy zapoznał/a się Pan/Pani z hurtownią, którą będzie kierować?

**Tak / Nie**

*Kandydat na kierownika 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 kierownika.*

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**

**WNIOSEK**

**w sprawie wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji osoby odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej w związku ze zmianą na stanowisku osoby odpowiedzialnej już funkcjonującej hurtowni farmaceutycznej nie starającej się o nowe zezwolenie.**

W związku ze zmianą od dnia ..... na stanowisku osoby odpowiedzialnej za 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 hurtowni farmaceutycznej.

.....  
czytelny podpis kandydata na kierownika

**UWAGA:**

- Do wniosku należy dołączyć **ZALĄCZNIK nr 1**

miejsowość, data .....

.....  
(pełna nazwa i adres siedziby podmiotu  
prowadzącego hurtownię farmaceutyczną)

Tel.....

e-mail.....

Załącznik

do wniosku mgr farm. ....  
w sprawie wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji osoby odpowiedzialnej za  
prowadzenie hurtowni farmaceutycznej w związku ze zmianą na stanowisku osoby odpowiedzialnej już  
funkcjonującej hurtowni farmaceutycznej nie starającej się o nowe zezwolenie

Informuję, że od dnia .....

funkcję osoby odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej mieszczącej się w:

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

.....  
pełnić będzie Pan/Pani mgr farm. ....

zamieszkały/a w: .....

.....  
Obecna osoba odpowiedzialna za prowadzenie hurtowni mgr farm.

..... zaprzestaje pełnić funkcję z dniem .....

.....  
czytelny podpis właściciela hurtowni farmaceutycznej

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .....

zam. (adres, tel.) .....

oświadczam, że podejmę się pełnienia obowiązków osoby odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej 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 pełnił 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.

- Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki 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

**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  
 miejscowość, data .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/ .....nr PWZ .....

w związku z wnioskiem o wydanie rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej

.....  
w celu spełnienia wymogów art. 84 ust. 1 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 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 .....)

.....  
składający oświadczenie

.....  
przyjmujący oświadczenie

\* niepotrzebne skreślić