

miejsowość, data .....

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

Tel.....

e-mail.....

## Śląska Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach

**dotyczy: personelu fachowego i godzin otwarcia apteki w związku wydaniem rękojmi należytego prowadzenia apteki przez nabywców działających w trybie art.104a ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.).**

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.

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .....

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

numer PWZ Farmaceuty.....

Jako nabywca, w związku z wnioskiem o przeniesienie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.....

w trybie art. 104a ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.) oświadczam, że:

- Spełniam wymagania, o których mowa w art. 99 ust. 3, 3a, 4-4b i art. 101 pkt 2-5 ustawy Prawo farmaceutyczne.

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

- 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

miejsowość, data .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/ .....nr PWZ .....,  
w związku z wnioskiem o wydanie rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej jako nabywca  
.....  
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 Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.)  
prowadzę lub jako wspólnik w spółkach uczestniczę w prowadzeniu następujących aptek:

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
składający oświadczenie

.....  
przyjmujący oświadczenie