

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/ .....nr PWZ .....  
w związku z wnioskiem o wydanie rękojmi należytego prowadzenia apteki ogólnodostępnej

.....  
w celu spełnienia wymogów art. 88 ust. 2 ustawy - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2016 poz. 2142ze 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