………..……………..........., dnia .................................

**Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska w Poznaniu**

**ul. Palacza 87**

**60-273 Poznań**

**Farmaceuta, który zamierza objąć funkcje kierownika apteki:**

Imię: …………………………………………………..…………..

Nazwisko: ……………………………………………………...…..

Numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty: …………….……

Adres: ………………………………………….……….…………..

Numer telefonu: …………………………..………..……………..

Adres e-mail: ……………………………………..……………….

Informacja

o zamiarze objęcia funkcji kierownika apteki

Ja, niżej podpisana/y informuję, iż z dniem ……………………..…… zamierzam objąć funkcję kierownika w aptece ………………………………………………………………………… (nazwa - jeżeli dotyczy i adres apteki) prowadzonej przez ……………………………………………………………………………..……………………….. (nazwa/firma i nr NIP podmiotu prowadzącego aptekę).

Ponadto zobowiązuję się, że w terminie 7 dni:

### od dnia objęcia funkcji kierownika w ww. aptece poinformuję Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarska w Poznaniu o tym fakcie (przy użyciu formularza dostępnego pod adresem [https://www.woia.pl/page/131/formularz-kierownika-apteki.html](https://www.woia.pl/page/131/formularz-kierownika-apteki.htmlk)) wraz ze wskazaniem formy wykonywania funkcji kierownika apteki (jedna z form wskazanych w art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty - Dz.U.2021.97);

### od dnia zaprzestania pełnienia funkcji kierownika ww. apteki poinformuję Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarska w Poznaniu o tym fakcie.

Równocześnie przyjmuję do wiadomości, iż niedopełnienie ww. zobowiązania będzie traktowane jako niedopełnienie obowiązku członka samorządu zawodu farmaceuty (w rozumienia art. 88 ust. 2 pkt 3 Prawa farmaceutycznego), co może w przyszłości skutkować wydaniem opinii negatywnej w zakresie spełnienia tego warunku w ramach procedury zmiany kierownika apteki.

Wydaną na wniosek WIF opinię proszę:

przesłać na adres e-mailowy: …………………………………………………………………..….

nie przesyłać

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

(data i podpis farmaceuty)

**Załączniki:**

1. Oświadczenie (wg wzoru).
2. Kopia dokumentów potwierdzających posiadanie wymaganego stażu pracy (w szczególności świadectwa pracy, zaświadczenia od pracodawcy/podmiotu prowadzącego aptekę ze wskazaniem wymiaru czasu pracy) – **dotyczy farmaceutów, którzy dotychczas nie pełnili funkcji kierownika apteki.**
3. Kopia dokumentów potwierdzających wypełnianie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego **– w zakresie niezgłoszonym do Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu.**
4. Przebieg pracy zawodowej (wg wzoru).

Przebieg pracy zawodowej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejsce wykonywania zawodu  (nazwa, adres) | Zajmowane stanowisko | Wymiar czasu pracy i forma zatrudnienia | Okres zatrudnienia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIA**

1. **Oświadczenia o niekaralności**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam niniejszym, że nie zostałam/em prawomocnie skazana/y (nie dotyczy kar, co do których miało miejsce zatarcie skazania) za przestępstwa gospodarcze (czyn zabroniony, który popełniany jest przez uczestników obrotu gospodarczego, z których przynajmniej jeden posiada status profesjonalisty) lub związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty;

….………………………………………………

data i podpis osoby składającej oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y oświadczam niniejszym, że nie zostałam/em prawomocnie ukarana/ny (dotyczy tylko kar, o których wzmianki nie zostały usunięte z rejestru ukaranych) przez okręgowy sąd aptekarski/ Naczelny Sąd Aptekarski za wykroczenie zawodowe, tj. za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu farmaceuty;

….………………………………………………

data i podpis osoby składającej oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie jest prowadzone przeciwko mnie żadne postępowanie przed okręgowym/Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani przed okręgowym sądem aptekarskim/ Naczelnym Sądem Aptekarskim.

….………………………………………………

data i podpis osoby składającej oświadczenie

1. **Oświadczenia dotyczące spełnienia warunków wskazanych w art. 88 ust. 2 pkt 1 Prawa farmaceutycznego.**

Ja, niżej podpisana/y ……………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

oświadczam, że:

1. posiadam **tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej**, **klinicznej** lub **farmakologii** oraz co najmniej **dwuletni staż pracy** w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy

lub

1. posiadam **co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej** w pełnym wymiarze czasu pracy

………………………………………………

data i podpis osoby składającej oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y ………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

oświadczam, że w niniejszym dokumencie oraz wszystkich załącznikach złożyłem oświadczenia zgodne z prawdą, niczego nie zatajając. Jednocześnie oświadczam, iż znane mi są przepisy Kodeksu Etyki Farmaceuty RP dotyczące odpowiedzialności zawodowej za wprowadzanie w błąd innych farmaceutów i podanie fałszywych danych w celu uzyskania pozytywnej opinii organów samorządu zawodowego.

………………………………………………

data i podpis osoby składającej oświadczenie

Do danych osobowych wskazanych w niniejszym formularzu stosuje się Klauzulę informacyjną dla członków Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej dostępną na stronie [www.woia.pl](http://www.woia.pl)