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

**Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska**

**w Poznaniu**

**ul. Palacza 87**

**60-273 Poznań**

**Wnioskodawca (farmaceuta/kandydat na kierownika apteki):**

Imię: …………………………………………………………………………….…………..

Nazwisko: ………………………………………………………..……..….………….…..

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

Adres: ………………………………………………………………………………………..

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

Adres e-mail: …………………………..………………………………………………….

WNIOSEK O WYDANIE OPINII

**dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji**

**KIEROWNIKA DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ**

Ja niżej podpisany, w oparciu o załączone dokumenty/informację wnoszę o wydanie opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia przeze mnie funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej wskazanych w art. 93 ust. 3 pkt 3 – 5 oraz ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U.2001.126.1382 z późn. zm.).

Oświadczam, że z dniem ………………………………….… zamierzam objąć funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej prowadzonej przez ……………………………………………………………………………………..……. (nazwa/firma i nr NIP podmiotu prowadzącego działu farmacji szpitalnej).

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

nie przesyłać

 Ponadto zobowiązuję się, że w terminie 7 dni:

### od dnia objęcia funkcji kierownika w ww. dziale farmacji szpitalnej 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 działu farmacji szpitalnej (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. działu farmacji szpitalnej 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. art. 93 ust. 3 pkt 5 Prawa farmaceutycznego), co może w przyszłości skutkować wydaniem opinii negatywnej w zakresie spełnienia tego warunku w ramach procedury zmiany kierownika apteki/działu farmacji szpitalnej.

………………………….............................................................

(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

**Oświadczenia dotyczące spełnienia warunku wskazanego**

**w art. 93 ust. 4 Prawa farmaceutycznego.**

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

 (imię i nazwisko)

oświadczam, że posiadam co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku 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)