

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/ y\* mgr farm. ....  
posiadający identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia  
28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (identyfikator stanowi numer prawa  
wykonywania zawodu) Nr .....  
oświadczam, że podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika Apteki Ogólnodostępnej

.....  
(oznaczenie przedsiębiorcy)

W .....  
(dokładny adres apteki)

oraz, że nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni  
farmaceutycznej/zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania przez stronę  
zezwolenia na prowadzenie apteki. \*

Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenie apteki oraz zakresu odpowiedzialności na tym  
stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

Miejsce pracy	stanowisko	okres od - do
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

\* niepotrzebne skreślić