

.....  
imię i nazwisko farmaceuty - wnioskodawcy

....., dnia .....

.....  
adres do korespondencji, telefon kontaktowy, e-mail

**Mazowiecki Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny  
ul. Floriańska 10  
03-707 Warszawa**

### **Wniosek o wydanie zgody dla kierownika apteki / działu farmacji szpitalnej \***

Na podstawie art. 88 ust.1c w zw. z art. 88 ust. 1d ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 944 ze zm.) wnoszę o wydanie zgody na pełnienie funkcji kierownika apteki / działu farmacji szpitalnej \*.

Numer prawa wykonywania zawodu (identyfikator pracownika medycznego): .....

Miejsce dotychczasowego pełnienia funkcji kierownika apteki / działu farmacji szpitalnej\*:

- nazwa i adres podmiotu, numer księgi rejestrowej:

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

- adres apteki / działu farmacji szpitalnej \*

.....

Nowe miejsce pełnienia funkcji kierownika apteki / działu farmacji szpitalnej\*:

- nazwa i adres podmiotu, numer księgi rejestrowej:

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

- adres apteki / działu farmacji szpitalnej \*

.....

## Załączniki:

1. \* Dokumenty potwierdzające uprawnienia zawodowe\*\*:
  - Dyplom ukończenia studiów.
  - Prawo wykonywania zawodu farmaceuty.
  - Dyplom specjalizacji z zakresu farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej lub farmacji aptecznej (*jeśli dotyczy*)
  - Świadectwa pracy potwierdzające wymagany, staż pracy w pełnym wymiarze czasu pracy
2. Informacje dotyczące dotychczasowego miejsca pełnienia funkcji kierownika apteki / działu farmacji szpitalnej
3. Informacje dotyczące nowego miejsca pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej

*(profil leczniczy i rodzaj udzielanych przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych, usługi farmaceutyczne świadczone przez aptekę / dział farmacji, procedura zamawiania i przyjmowania dostaw, procedura zaopatrywania jednostek organizacyjnych podmiotu, inny personel fachowy zatrudniony w aptece / dziale farmacji – ilość zatrudnionych farmaceutów oraz techników farmaceutycznych w przeliczeniu na etat, wymiar zatrudnienia i godziny pracy w podmiocie)*

*(profil leczniczy i rodzaj udzielanych przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych, usługi farmaceutyczne świadczone przez dział farmacji, procedura zamawiania i przyjmowania dostaw, procedura zaopatrywania jednostek organizacyjnych podmiotu, inny personel fachowy zatrudniony w dziale farmacji – ilość zatrudnionych farmaceutów oraz techników farmaceutycznych w przeliczeniu na etat, wymiar zatrudnienia i godziny pracy w podmiocie).*

.....  
( data )

.....  
( czytelny podpis farmaceuty )

\* właściwe podkreślić

\*\* - kopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza, albo występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym.

Upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem. Poświadczenie obejmuje podpis pracownika, datę i oznaczenie miejsca sporządzenia poświadczenia, a na żądanie strony, również godzinę sporządzenia poświadczenia. Za poświadczenie należy uiścić opłatę skarbową w wysokości 5,00 zł za stronę.

Opłatę należy wnieść na poniższe konto: Urząd Miasta Stołecznego Warszawy, Centrum Obsługi Podatnika.

Numer rachunku bankowego: 21 1030 1508 0000 0005 5000 0070, dopisek: opłata skarbową za ...

Potwierdzenie dokonania opłaty należy dostarczyć pod następujący adres: Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Warszawie, ul. Floriańska 10, 03-707 Warszawa lub przesłać na adres e-mail: wif@wif.waw.pl.