

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/ y* mgr farm.

zam.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis)

* niepotrzebne skreślić