

## 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 prowadzenia apteki oraz zakresu odpowiedzialności na tym stanowisku.

Przebieg pracy zawodowej:

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis)

\* niepotrzebne skreślić