.....
Miejscowość, data

Numer umowy: ……..….....

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:
Nazwa: …….....
Adres: …….....
Nr telefonu: …….....
Nr NIP: …….....
Nr REGON: …….…….....

Dane apteki/punktu aptecznego:
Nazwa: …….....
Adres: …….....
Kod apteki …….....

ZGŁOSZENIE ZASTĘPSTWA NA STANOWISKU KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

Informuję, że **Pani/Pan**……

PESEL: .....

numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty: .....
uzupełnić w przypadku magistra farmacji

numer dyplom ukończenia szkoły :.....
uzupełnić w przypadku technika farmaceutycznego

w okresie od dnia …….. **roku do dnia** …… **roku pełni obowiązki kierownika** apteki/punktu aptecznego, w tym składa podpisy pod zestawieniami zbiorczymi recept **w imieniu kierownika apteki**, Pani/Pana …….....……, podczas jego nieobecności w aptece spowodowanej ….....

WZÓR PODPISU I PARAFY ZASTĘPCY KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

……. ……

Podpis i pieczęć Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny

Podpis i pieczęć Kierownika Apteki/punktu aptecznego

Załączniki:

1. **Oświadczenie zastępcy kierownika apteki/punktu aptecznego o spełnianiu warunków do pełnienia funkcji kierownika.**
2. **Oświadczenie o zgodzie na przetwarzaniu danych osobowych.**
3. **Oświadczenie o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji.**
4. **Kopia prawa wykonywania zawodu zastępcy kierownika apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.**
5. **W przypadku technika farmaceutycznego: kopia dyplomu ukończenia szkoły poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.**