Miejscowość, data……………………….

Numer umowy z NFZ……………………….

**Dane Podmiotu prowadzącego:**

Nazwa: …………………………………………….

Adres: ……………………………………………….

Nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….………………….

Nr REGON: …………………….……………..

**Dane apteki:**

Nazwa: …………………………………………….

Adres: ……………………………………………….

Kod apteki ………………………………………….

**Zgłoszenie zastępstwa na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego**

Informuję, że **Pani/Pan** ................................................. **PESEL:** ................................................ **numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty:** ....................... *(w przypadku magistra farmacji)* **numer dyplom ukończenia szkoły**: .....................................*(w przypadku technika farmaceutycznego)* **w okresie od** ………………….. **do** ……………………… 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 ….............................................................................

**Załączniki do wniosku:**

* oświadczenie o spełnieniu wymagań do pełnienia funkcji Kierownika apteki/punktu aptecznego;
* oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych;
* oświadczenie, że wszystkie dane w zgłoszeniu zastępstwa i załącznikach zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień ich sporządzenia;
* kopię prawa wykonywania zawodu zastępcy kierownika apteki/punktu aptecznego (w przypadku technika farmaceutycznego kopię dyplomu ukończenia szkoły) poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący
* kopia wniosku do właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego dotyczącego zgłoszenia zastępstwa kierownika apteki wraz z dokumentami potwierdzającymi jego przekazanie do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego

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

Podpisy osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Podpis kierownika apteki

podmiotu prowadzącego aptekę