



e-book

 **Prawo apteczne**
w praktyce



Wzory dokumentów dla farmaceutów

Wiedza i Praktyka
ul. Łotewska 9A, 03-918 Warszawa
NIP: 526-19-92-256

Redaktor:

Anna Śmigulska-Wojciechowska

Kierownik grupy tematycznej:

Piotr Szczygieł

Menedżer produktu: Klaudia Bogumił

Koordinacja produkcji:

Mariusz Jezierski, Magdalena Huta

Korekta: Zespół

Projekt graficzny publikacji:

Piotr Fedorczyk

Skład i łamanie: Raster studio

ISBN: 978-83-8344-783-4

Nr rejestrowy BDO: 000008579

Wiedza i Praktyka sp. z o.o.

03-918 Warszawa, ul. Łotewska 9a

tel. 22 518 29 29, faks 22 617 60 10, www.formularze.wip.pl

NIP: 526-19-92-256

Numer KRS: 0000098264 – Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, Sąd Gospodarczy

XIII Wydział Gospodarczy Rejestrowy. Wysokość kapitału zakładowego: 200.000 zł

Zapisz się na bezpłatny newsletter Prawo w Aptece

E-book „Wzory dokumentów dla farmaceutów” jest chroniony prawem autorskim. Przekopanie materiałów opublikowanych w e-booku jest zabronione. Zakaz nie dotyczy cytowania publikacji z powołaniem się na źródło. E-book „Wzory dokumentów dla farmaceutów” przygotowano z zachowaniem najwyższej staranności i wykorzystaniem wysokich kwalifikacji, wiedzy i doświadczenia autorów oraz konsultantów. Zaproponowane w e-booku wskazówki, porady i interpretacje nie mają charakteru porady prawnej. Ich zastosowanie w konkretnym przypadku może wymagać dodatkowych, pogłębionych konsultacji. Publikowane rozwiązania nie mogą być traktowane jako oficjalne stanowisko organów i urzędów państwowych. W związku z tym redakcja nie ponosi odpowiedzialności prawnej za zastosowanie zawartych w e-booku wskazówek, przykładów, informacji itp. do konkretnych przykładów.

Centrum Obsługi Klienta

Infolinia: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-16.00, tel. 22 518 29 29

Poza godzinami pracy można pozostawić wiadomość w skrzynce głosowej

Online: formularze.wip.pl

Copyright by Wiedza i Praktyka sp. z o.o. Warszawa 2024

| | |
|--|----|
| Formularz – zamiar objęcia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej | 4 |
| Wniosek o wydanie opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apteki szpitalnej | 5 |
| Ustanowienie zastępcy kierownika apteki na czas nieobecności kierownika powyżej 30 dni | 8 |
| Formularz kierownika apteki | 9 |
| Zasady realizacji i program stażu studentów w aptece | 10 |
| Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty i wpis do rejestru farmaceutów | 12 |
| Wzór ewidencji zatrudnionych w aptece farmaceutów i techników farmaceutycznych | 14 |
| Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego | 16 |
| Zgłoszenie podejrzenia braku spełnienia wymagań jakościowych produktu leczniczego/wymagań zasadniczych wyrobu medycznego | 18 |
| Wniosek o wydanie zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach zawodowych do wykonywania zawodu farmaceuty w państwach UE | 19 |
| Formularz kierownika apteki/działu farmacji szpitalnej | 21 |

Formularz – zamiar objęcia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej

Formularz zgłoszenia zamiaru objęcia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej należy złożyć z odpowiednim wyprzedzeniem, uwzględniając czas potrzebny na rozpatrzenie wniosku przez Okręgową Izbę Aptekarską i Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny. Skontaktuj się z właściwymi instytucjami, aby uzyskać szczegółowe informacje na temat wymagań i procedur.



MARZENA PYTLARZ-PIETRASZKO, radca prawny specjalizujący się w Prawie farmaceutycznym

Formularz dotyczący zamiaru objęcia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej

....., dnia

Formularz kierownika apteki/działu farmacji szpitalnej¹

| | | | |
|--|--|--------------------------|--|
| Imię i nazwisko kierownika | | | |
| Nazwa i adres apteki/działu FS | | | |
| Nazwa właściciela apteki/działu FS | | | |
| Data objęcia funkcji kierownika apteki/działu FS | | NPWZF | |
| Godziny pracy apteki/działu FS | | Nr tel. apteki/działu FS | |
| Adres e-mail apteki/działu SF | | | |

Obsada fachowa apteki/działu farmacji szpitalnej (z uwzględnieniem kierownika) bez podawania techników farmaceutycznych

| Tytuł | Imię i nazwisko | NPWZF | Data zatrudnienia | Wymiar czasu pracy |
|-------|-----------------|-------|-------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

.....
data i podpis kierownika apteki/działu FS

¹ niepotrzebne skreślić