

KWESTIONARIUSZ do przeprowadzenia rozmowy w sprawie wydania opinii na temat kandydata na kierownika i spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apteki szpitalnej.

data.....

 - Czy Pan/Pani systematycznie uzupełnia dane w rejestrze farmaceutów? **Tak / Nie**

 - Czy są opłacone składki członkowskie na rzecz samorządu aptekarskiego? **Tak / Nie**

 - Czy był/a Pan/Pani karana w Sądzie Aptekarskim i czy toczy się wobec Pana/Pani postępowanie u Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej? **Tak / Nie**

01 - Imię i nazwisko:.....

02 - Adres zamieszkania:.....

 03 - Przebieg pracy zawodowej - zgodność z rejestrem Śląskiej Izby Aptekarskiej. **Tak / Nie**

 04 - Dane osobowe - Karta Zgłoszenia Danych Osobowych do Rejestru Farmaceutów. **Tak / Nie**

05 - Tytuł naukowy / Stopień naukowy:.....

06 - Wykształcenie (nazwa uczelni wyższej, rok ukończenia):.....

07 - Wykształcenie uzupełniające (studia podyplomowe, kursy):

08 - Prawo wykonywania zawodu (izba, numer, rok):.....

09 - Posiadane (ew. w trakcie) specjalizacje (rodzaj, stopień, rok):.....

10 - Dodatkowe uprawnienia, umiejętności itp.:

11 - Planowane miejsce i wymiar zatrudnienia:

 12 - Czy planowane miejsce pracy będzie jedynym miejscem pracy farmaceuty (wymagany załącznik - oświadczenie dotyczące miejsc pracy)? **Tak / Nie**

 13 - Czy w aptekach, w których Pan/Pani pracował/a była pracownia żywienia pozajelitowego i leków cytostatycznych? **Tak / Nie**

 14 - Czy była receptura, której wykonywano leki jałowe i czy potrafi Pan/Pani obsługiwać sprzęt wykorzystywany do produkcji recepturowej? **Tak / Nie**

 15 - Czy w aptecę, którą zamierza Pan/Pani kierować będą przygotowywane dla pacjenta leki w dawkach indywidualnych? **Tak / Nie**

 16 - Czy bierze Pan/Pani udział w szkoleniach ciągłych farmaceutów? **Tak / Nie**

okres rozliczeniowy od..... do.....

okres rozliczeniowy od..... do.....

 17 - Czy apteka, w której zamierza Pan/Pani pełnić funkcję kierownika jest przygotowana do wypełniania formalności związanych z wdrożeniem e-recepty, ZSMOPL, KOWAL (serializacja)? Czy będą przestrzegane procedury wynikające z tzw. ustawy o RODO? **Tak / Nie**

18 - Proszę wyjaśnić zasady postępowania w przypadkach wstrzymania i/lub wycofania leku oraz otrzymania komunikatu bezpieczeństwa URPL.

.....

19 - Czy korzysta Pan/Pani z informacji zamieszczanych w witrynie internetowej Izby Aptekarskiej i możliwości elektronicznego kontaktu z Izbą, czy orientuje się Pan/Pani czym jest newsletter SIA dostępny na stronie izby?

..... **Tak / Nie**

20 - Czy zna Pan/Pani Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej i inne przepisy np. ustawy, rozporządzenia, obwieszczenia konieczne do kierowania apteką szpitalną (wg. załącznika NIA w zakładce prawnej)?

..... **Tak / Nie**

21 - Czy wie Pan/Pani, za co odpowiada kierownik apteki szpitalnej lub kierownik działu farmacji szpitalnej?

Tak / Nie

22 - Czy wie Pan/Pani, jakie czynności mogą (lub nie mogą) wykonywać: stażysta student, stażysta technik farmaceutyczny i technik farmaceutyczny?

Tak / Nie

23 - Czy zapoznał/a się Pan/Pani z dsf, którym będzie kierować?

Tak / Nie

Kandydat na kierownika powinien znać aptekę, którą zamierza kierować i wykazać się znajomością szczegółów danej apteki, wykazując, że apteka spełnia wszystkie wymagania, co pozwala mu na wypełnianie swoich powinności kierownika.

Czytelnie:

.....

Podpis kandydata na kierownika

.....

Podpisy członków komisji prowadzących rozmowę

.....
miejscowość, data

.....
imię, nazwisko kandydata na kierownika

.....
adres zamieszkania

Nr PWZ

Tel.....

e-mail.....

**Śląska Okręgowa Izba Aptekarska
w Katowicach**

WNIOSEK

w sprawie wydania opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika nowo powstającego działu farmacji szpitalnej.

W związku z zamiarem ubiegania się podmiotu:

.....
.....
(pełna nazwa i adres siedziby podmiotu ubiegającego się o wydanie zezwolenia lub pieczęć)

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie działu farmacji szpitalnej mieszczącego się w:

.....
.....
(nazwa i adres działu farmacji szpitalnej)

zwracam się o wydanie opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika ww. działu farmacji szpitalnej.

Ilość łóżek w podmiocie leczniczym, w którym planowane jest otwarcie dfs:

.....
czytelny podpis kandydata na kierownika

UWAGA:

- należy dołączyć **ZAŁĄCZNIK nr 1**

miejsowość, data

.....
(pełna nazwa i adres siedziby podmiotu
ubiegającego się o wydanie zezwolenia)

Tel.....

e-mail.....

Oświadczam, że

opinia dotycząca spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika nowo powstającego działu farmacji szpitalnej

W.....

przez kandydata na kierownika, którym jest.....
niezbędna jest do przedstawienia w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym
w w związku ze złożeniem / planowanym złożeniem* wniosku
o udzielenie zezwolenia na prowadzenie działu farmacji szpitalnej jw.

.....
czytelny podpis właściciela dfs

*niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

zam. (adres, tel.)

oświadczam, że podejmę się pełnienia obowiązków kierownika działu farmacji szpitalnej w:

.....

w wymiarze czasu pracy:

Ponadto po zatrudnieniu w w/w miejscu pracy będę jednocześnie wykonywał/a zawód farmaceuty w następujących miejscach (pozostałe miejsca pracy i wymiar czasu pracy):

.....

.....

.....

- Nie będę pełnić jednocześnie obowiązków kierownika innej apteki, hurtowni farmaceutycznej, działu farmacji szpitalnej lub punktu aptecznego.

- Nie jestem / jestem (*) ukarana/y dyscyplinarnie przez Sąd Dyscyplinarny, oraz toczy się / nie toczy się (*) przeciwko mnie postępowanie dyscyplinarne przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

- Znane mi są przepisy w sprawie prowadzenia apteki szpitalnej oraz zakres odpowiedzialności na tym stanowisku.

- Zobowiązuję się do sumiennego i starannego wykonywania swoich obowiązków zgodnie z przepisami, ze szczególnym uwzględnieniem:

1. Ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.);

2. Ustawy o Zawodzie Farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97);

3. Ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. 2019 poz. 1419 ze zm.);

4. Zasad etyki i deontologii zawodowej aptekarza RP (art. 37 pkt 1 ustawy o izbach aptekarskich – Uchwała Nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r. w sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej)

4. Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2018 poz. 419).

.....
czytelny podpis

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ:

L.P.	OKRES PRACY OD – DO	NAZWA ZAKŁADU PRACY (APTEKA)	ADRES	STANOWISKO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/nr PWZ
w związku z wnioskiem dotyczącym spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej
.....
w celu spełnienia wymogów art. 93 ust. 3 p. 4 ustawy - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021 poz. 974 ze zm.),
świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy Kodeks Karny (Dz.U. nr 98 z 1997 r.
poz. 553) oświadczam, że w okresie od dniado dnia

1. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)* z urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę z art. 174 KP
(ilość dni)
2. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)* z zasiłku chorobowego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych
z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r.
(ilość dni)
3. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)* z zasiłku rehabilitacyjnego zgodnie z ustawą o świadczeniach
pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r.
(ilość dni)
4. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)* z zasiłku opiekuńczego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych
z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r.
(ilość dni)
5. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres ustalony
przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu macierzyńskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych
z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r.
(ilość dni)
6. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)* z zasiłku macierzyńskiego przysługującego przez okres ustalony
przepisami Kodeksu Pracy jako urlopu rodzicielskiego zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych
z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r.
(ilość dni)
7. nie korzystałam(em) / korzystałam(em)* z urlopu wychowawczego zgodnie z art. 186 KP
(ilość dni)
8. ponadto z innych względów nie wykonywałam(em) pracy na stanowisku mgr farm. w aptece ogólnodostępnej
(ilość dni)

.....
składający oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

.....
przyjmujący oświadczenie