

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć apteki)

**Ustanowienie zastępcy kierownika apteki ogólnodostępnej
na czas nieobecności kierownika powyżej 30 dni**

(art.95 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne)

W związku z nieobecnością kierownika apteki, Pana/Pani mgr farm.

.....
(imię i nazwisko kierownika apteki)

spowodowaną

powierzam zastępstwo na stanowisku kierownika apteki

.....
(nazwa i adres apteki)

w okresie od do

Panu/Pani mgr farm., nr PWZ

.....
spełniającemu/spełniającej wymagania określone w art. 88 ust. 2 ust. Prawo farmaceutyczne

.....
(data i czytelny podpis kierownika apteki)

.....
(data i czytelny podpis przedsiębiorcy)

Oświadczam, że spełniam wymagania określone w art. 88 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz podejmuję się pełnienia zastępstwa na stanowisku kierownika ww. apteki.

.....
(data i czytelny podpis zastępcy)