

**EWIDENCJA
ZATRUDNIONYCH W APTECE
FARMACEUTÓW I TECHNIKÓW
FARMACEUTYCZNYCH**

Ewidencja
zatrudnionych w aptece
farmaceutów i techników farmaceutycznych

.....
(nazwa apteki)

.....
(oznaczenie przedsiębiorcy, któremu udzielono zezwolenia na prowadzenie apteki)

.....
(numer i data wydania zezwolenia)

.....
(nazwa apteki (o ile posiada)

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu ukończenia uczelni	Nazwa uczelni wydającej dyplom	Numer i data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu oraz nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydała	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki ¹⁾	Numer i data wydania zaświadczenia/dyplomu stwierdzającego posiadanie specjalizacji oraz nazwa jednostki wydającej zaświadczenie/dyplom
1	2	3	4	5	6	7	8

¹⁾ W odniesieniu do magistrów farmacji, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy

Dodatkowe kwalifikacje	Data nawiązania stosunku pracy ²⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{2a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{2b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
9	10	11	12	13	14

2). 2a). 2b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę.

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu ukończenia uczelni	Nazwa uczelni wydającej dyplom	Numer i data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu oraz nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydała	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki ¹⁾	Numer i data wydania zaświadczenia/dyplomu stwierdzającego posiadanie specjalizacji oraz nazwa jednostki wydającej zaświadczenie/dyplom
1	2	3	4	5	6	7	8

¹⁾ W odniesieniu do magistrów farmacji, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy

Dodatkowe kwalifikacje	Data nawiązania stosunku pracy ²⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{2a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{2b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
9	10	11	12	13	14

2). 2a). 2b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę.

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu ukończenia uczelni	Nazwa uczelni wydającej dyplom	Numer i data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu oraz nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydała	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki ¹⁾	Numer i data wydania zaświadczenia/dyplomu stwierdzającego posiadanie specjalizacji oraz nazwa jednostki wydającej zaświadczenie/dyplom
1	2	3	4	5	6	7	8

¹⁾ W odniesieniu do magistrów farmacji, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy

Dodatkowe kwalifikacje	Data nawiązania stosunku pracy ²⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{2a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{2b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
9	10	11	12	13	14

2). 2a). 2b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę.

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu ukończenia uczelni	Nazwa uczelni wydającej dyplom	Numer i data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu oraz nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydała	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki ¹⁾	Numer i data wydania zaświadczenia/dyplomu stwierdzającego posiadanie specjalizacji oraz nazwa jednostki wydającej zaświadczenie/dyplom
1	2	3	4	5	6	7	8

¹⁾ W odniesieniu do magistrów farmacji, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy

Dodatkowe kwalifikacje	Data nawiązania stosunku pracy ²⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{2a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{2b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
9	10	11	12	13	14

2). 2a). 2b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę.

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu ukończenia uczelni	Nazwa uczelni wydającej dyplom	Numer i data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu oraz nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydała	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki ¹⁾	Numer i data wydania zaświadczenia/dyplomu stwierdzającego posiadanie specjalizacji oraz nazwa jednostki wydającej zaświadczenie/dyplom
1	2	3	4	5	6	7	8

¹⁾ W odniesieniu do magistrów farmacji, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy

Dodatkowe kwalifikacje	Data nawiązania stosunku pracy ²⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{2a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{2b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
9	10	11	12	13	14

2). 2a). 2b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę.

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu ukończenia uczelni	Nazwa uczelni wydającej dyplom	Numer i data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu oraz nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydała	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki ¹⁾	Numer i data wydania zaświadczenia/dyplomu stwierdzającego posiadanie specjalizacji oraz nazwa jednostki wydającej zaświadczenie/dyplom
1	2	3	4	5	6	7	8

¹⁾ W odniesieniu do magistrów farmacji, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy

Dodatkowe kwalifikacje	Data nawiązania stosunku pracy ²⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{2a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{2b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
9	10	11	12	13	14

2). 2a). 2b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę.

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu ukończenia uczelni	Nazwa uczelni wydającej dyplom	Numer i data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu oraz nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydała	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki ¹⁾	Numer i data wydania zaświadczenia/dyplomu stwierdzającego posiadanie specjalizacji oraz nazwa jednostki wydającej zaświadczenie/dyplom
1	2	3	4	5	6	7	8

¹⁾ W odniesieniu do magistrów farmacji, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy

Dodatkowe kwalifikacje	Data nawiązania stosunku pracy ²⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{2a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{2b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
9	10	11	12	13	14

2). 2a). 2b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę.

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu ukończenia uczelni	Nazwa uczelni wydającej dyplom	Numer i data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu oraz nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydała	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki ¹⁾	Numer i data wydania zaświadczenia/dyplomu stwierdzającego posiadanie specjalizacji oraz nazwa jednostki wydającej zaświadczenie/dyplom
1	2	3	4	5	6	7	8

¹⁾ W odniesieniu do magistrów farmacji, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy

Dodatkowe kwalifikacje	Data nawiązania stosunku pracy ²⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{2a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{2b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
9	10	11	12	13	14

2). 2a). 2b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę.

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu (świadczenia) ukończenia szkoły	Nazwa szkoły wydającej dyplom (świadczenie)	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu 2-letniego stażu/praktyki ³⁾	Dodatkowe kwalifikacje
1	2	3	4	5	6	7

³⁾ W odniesieniu do techników farmaceutycznych, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy.

Data nawiązania stosunku pracy ⁴⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{4a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{4b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
8	9	10	11	12

4). 4a). 4b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu (świadczenia) ukończenia szkoły	Nazwa szkoły wydającej dyplom (świadczenie)	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu 2-letniego stażu/praktyki ³⁾	Dodatkowe kwalifikacje
1	2	3	4	5	6	7

³⁾ W odniesieniu do techników farmaceutycznych, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy.

Data nawiązania stosunku pracy ⁴⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{4a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{4b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
8	9	10	11	12

4). 4a). 4b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu (świadczenia) ukończenia szkoły	Nazwa szkoły wydającej dyplom (świadczenie)	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu 2-letniego stażu/praktyki ³⁾	Dodatkowe kwalifikacje
1	2	3	4	5	6	7

³⁾ W odniesieniu do techników farmaceutycznych, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy.

Data nawiązania stosunku pracy ⁴⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{4a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{4b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
8	9	10	11	12

4). 4a). 4b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu (świadczenia) ukończenia szkoły	Nazwa szkoły wydającej dyplom (świadczenie)	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu 2-letniego stażu/praktyki ³⁾	Dodatkowe kwalifikacje
1	2	3	4	5	6	7

³⁾ W odniesieniu do techników farmaceutycznych, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy.

Data nawiązania stosunku pracy ⁴⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{4a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{4b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
8	9	10	11	12

4). 4a). 4b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu (świadczenia) ukończenia szkoły	Nazwa szkoły wydającej dyplom (świadczenie)	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu 2-letniego stażu/praktyki ³⁾	Dodatkowe kwalifikacje
1	2	3	4	5	6	7

³⁾ W odniesieniu do techników farmaceutycznych, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy.

Data nawiązania stosunku pracy ⁴⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{4a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{4b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
8	9	10	11	12

4). 4a). 4b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę

L.p	Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania	Data i miejsce urodzenia	Numer i data wydania dyplomu (świadczenia) ukończenia szkoły	Nazwa szkoły wydającej dyplom (świadczenie)	Numer i data wydania zaświadczenia o odbyciu 2-letniego stażu/praktyki ³⁾	Dodatkowe kwalifikacje
1	2	3	4	5	6	7

³⁾ W odniesieniu do techników farmaceutycznych, którzy nie posiadają stosownego zaświadczenia, wpisać liczbę lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy.

Data nawiązania stosunku pracy ⁴⁾	Wymiar czasu pracy i zajmowane stanowisko ^{4a)}	Data rozwiązania stosunku pracy ^{4b)}	Data i podpis kierownika apteki	Uwagi
8	9	10	11	12

4). 4a). 4b) Wypełniać również w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż umowa o pracę

Wojewódzki Inspektorat

Farmaceutyczny

W

.....

(pieczęć)

Księga – ewidencja zawiera

..... ponumerowane(nich) stron(y)

.....

(miejscowość)

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis)

Wojewódzkiego
Inspektora
farmaceutycznego)