

.....
miejscowość, data

Dane apteki/punktu aptecznego¹:

.....
Nazwa apteki/punktu aptecznego¹

.....
Adres

.....
Numer identyfikacyjny apteki

**WYZNACZENIE OSOBY ZASTĘPUJĄCEJ KIEROWNIKA
NA CZAS NIEOBECNOŚCI KIEROWNIKA W OKRESIE PONIŻEJ 30 DNI**

Jako kierownik apteki/punktu aptecznego¹ wyznaczam na zastępcę Panią/Pana¹:

- (imię i nazwisko),
- posiadającą/-ego: prawo wykonywania zawodu farmaceuty numer² lub
dyplom technika farmaceutycznego numer³,
- spełniającą/spełniającego¹ warunki art. 88 ust. 1-2 lub art. 70 ust. 2b ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2301 ze zm.),
- na okres mojej nieobecności trwającej od do
(okres czasowej nieobecności nie może przekraczać 30 dni).

W ww. okresie nieobecności osoba zastępująca kierownika jest uprawniona w szczególności do podpisania zestawienia/-ń zbiorczego/-ych recept za okres/-y rozliczeniowy/-e nr trwający/trwające¹ od do

.....
Podpis – imię i nazwisko kierownika apteki/punktu
aptecznego¹

Przyjmuję powierzone zastępstwo -

Podpis osoby zastępującej kierownika – imię i nazwisko

WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY ZASTĘPUJĄCEJ KIEROWNIKA

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

¹ niepotrzebne skreślić

² dotyczy aptek i punktów aptecznych, gdy kierownikiem jest farmaceuta

³ dotyczy punktów aptecznych, gdy kierownikiem jest technik farmaceutyczny