

Olsztyn, ..... 20.....r.

.....  
(Nazwa podmiotu gosp. prowadzącego aptekę)

.....  
siedziba

.....  
Nr KRS/CEIDG

**Okręgowa Izba Aptekarska w Olsztynie  
ul. Partyzantów 79/9  
10-402 Olsztyn**

Uprzejmie informuję, iż od dnia ..... do dnia .....,  
w związku z nieobecnością w pracy pow. 30 dni

Pana/Pani mgr farm. .... PWZF nr ..... -  
obecnego kierownika apteki **ogólnodostępnej / szpitalnej / działu farmacji szpitalnej** zlokalizowanej  
/ zlokalizowanego w .....

.....  
**należącej / należącego do:**

.....  
(nazwa podmiotu gospodarczego)

z siedzibą w .....

(adres siedziby: kod pocztowy, miejscowość, ulica)

**Nr KRS / CEIDG** .....

**funkcję zastępcy kierownika będzie pełnić Pan/i mgr farm.** .....

PWZF nr .....,

który/a obecnie **pracuje / nie pracuje** w w/w aptece / dziale farmacji jako mgr farm. od dnia

.....

.....  
(podpisy i imienne pieczętki osób mających pełnomocnictwo do  
reprezentowania podmiotu zgodnie z Nr KRS / CEIDG)

**Załączniki:**

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty kandydata na stanowisko zastępcy kierownika.
2. Kserokopia dyplomu specjalizacji – w przypadku posiadania.
3. Oświadczenie o powierzeniu zastępstwa.
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających **staż pracy w aptece** kandydata na stanowisko zastępcy kierownik (zaświadczenia o zatrudnieniu z aktualnego miejsca pracy z uwzględnieniem urlopów: wychowawczego bezpłatnego, macierzyńskiego, rodzicielskiego, dłuższych zwolnień lekarskich powyżej 14 dni).