

.....  
(nazwa zgłaszającego, a w przypadku podmiotu będącego osobą fizyczną  
- imię, nazwisko)\*  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(siedziba i adres zgłaszającego)

.....  
(nr telefonu, nr faxu, adres e-mail)

.....  
(adres do doręczeń elektronicznych)

.....  
(NIP)

.....  
(REGON)

.....  
(nr KRS – jeśli dotyczy)

.....  
(nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

**Śląski Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny  
w Katowicach**

**ZGŁOSZENIE**  
**utworzenia działu farmacji szpitalnej wraz z wnioskiem**  
**o zaopiniowanie lokalu przeznaczanego na dział farmacji szpitalnej oraz wpisanie działu**  
**farmacji szpitalnej do Krajowego Rejestru Zezwoleń Na Prowadzenie Aptek**  
**Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestru Udzielonych Zezwoleń na**  
**Prowadzenie Aptek Szpitalnych i Zakładowych**

Niniejszym zgłaszam utworzenie z dniem .....  
działu farmacji szpitalnej.

Lp	Należy wypełnić właściwe pola, a pozostałe przekreślić ukośną kreską.
1.	Dział farmacji szpitalnej został/zostanie*) utworzony w zakładzie leczniczym o nazwie ....., zlokalizowanym w ....., ..... (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr budynku/lokalu) w którym podmiot leczniczy o nazwie ..... z siedzibą w ..... wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ....., ..... (rodzaj działalności leczniczej: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne / stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne)  Dział farmacji szpitalnej stanowi/stanowić będzie*) komórkę organizacyjną jednostki organizacyjnej o nazwie .....

	<p>zlokalizowanej w .....</p> <p>..... (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr budynku/lokalu)</p> <p>wchodzącej w skład ww. zakładu leczniczego.</p> <p>Liczba łóżek zakładu leczniczego, zaopatrywanego przez dział farmacji szpitalnej, zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynosi .....</p> <p>Liczba stanowisk dializacyjnych zakładu leczniczego, zaopatrywanego przez dział farmacji szpitalnej, zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynosi .....</p> <p><b>Uwaga:</b> <b>Wszystkie wpisane wyżej dane muszą być zgodne z danymi ujawnionymi w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego zgłaszającego utworzenie działu farmacji szpitalnej.</b></p>
2.	<p>Dział farmacji szpitalnej został/zostanie<sup>*)</sup> utworzony w zakładzie opiekuńczo-leczniczym o nazwie....., zlokalizowanym w .....</p> <p>..... (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr budynku/lokalu)</p>
3.	<p>Dział farmacji szpitalnej został/zostanie<sup>*)</sup> utworzony w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym o nazwie....., zlokalizowanym w .....</p> <p>..... (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr budynku/lokalu)</p>
4.	<p>Dział farmacji szpitalnej został/zostanie<sup>*)</sup> utworzony w regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa ..... zlokalizowanym w.....</p> <p>..... (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr budynku/lokalu)</p>

**Kandydatem/kandydatką<sup>\*)</sup> na stanowisko kierownika działu farmacji szpitalnej jest:**

.....  
(imię, nazwisko, numer Prawa Wykonywania Zawodu)

**Harmonogram pracy działu farmacji szpitalnej:**

.....  
.....

**Informacje na temat zapewnienia minimalnej normy zatrudnienia, o której mowa w art. 87a ust. 1 pkt 2 lub ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne – jeżeli dotyczy**

Zgodnie z art. 87a ust. 1 pkt 2 ustawy – Prawo farmaceutyczne w dziale farmacji szpitalnej zapewnia się minimalną normę zatrudnienia:

a) równoważnika co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin kierownika tego działu,

b) równoważnika co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin co najmniej jednego farmaceuty w przypadku podmiotów posiadających co najmniej 100 łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakładu leczniczego zaopatrywanego przez ten dział.

**Należy podać minimalną liczbę farmaceutów, którzy będą zatrudnieni w dziale farmacji szpitalnej, w przeliczeniu na równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W związku z powyższym składam wniosek o zaopiniowanie lokalu przeznaczonego na dział farmacji szpitalnej oraz wpisanie działu farmacji szpitalnej do rejestru udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej, powadzonego w systemie teleinformatycznym zwanym Krajowym Rejestrem Zezwoleń Na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestrem Udzielonych Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Szpitalnych i Zakładowych.

**Oświadczam, że w dziale farmacji szpitalnej będą świadczone niżej zaznaczone usługi farmaceutyczne oraz wykonywane niżej zaznaczone zadania zawodowe i czynności.**

Lp	Usługa farmaceutyczna / zadanie zawodowe / czynności	TAK <sup>^</sup>	NIE <sup>^</sup>
1.	Udzielanie porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w szczególności w zakresie wydania właściwego produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza, przekazania informacji dotyczących właściwego stosowania, w tym dawkowania i możliwych interakcji z innymi produktami leczniczymi lub pożywieniem, wydawanego produktu, wyrobu lub środka oraz prawidłowego używania wyrobów medycznych.		
2.	Nadzór nad gospodarką produktami leczniczymi oraz wyrobami medycznymi w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.		
3.	Organizowanie w podmiotach leczniczych zaopatrzenia w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmujące: a) materiały opatrunkowe, b) jednorazowe jałowe i niejłowe wyroby medyczne do implantacji wraz z jednorazowym jałowym i niejłowym oprzyrządowaniem do ich implantacji, c) jednorazowe jałowe wyroby medyczne do przygotowania i podawania produktów leczniczych, preparatów krwiopochodnych oraz płynów dializacyjnych - połączone z uczestnictwem w prowadzonej w tych podmiotach gospodarce tymi materiałami i wyrobami.		
4.	Zgłaszanie właściwym organom działań niepożądanych produktów leczniczych, incydentów medycznych, niepożądanych odczynów poszczepiennych, ciężkich działań niepożądanych produktów kosmetycznych oraz podejrzenia lub stwierdzenia zatrucia produktem biobójczym.		
5.	Prowadzenie działalności profilaktycznej, edukacyjnej oraz		

	działalności na rzecz promocji zdrowia.		
6.	Przeprowadzanie analiz farmakoeconomicznych.		
7.	Prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny.		
8.	Ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych.		

<sup>^</sup>) – należy zaznaczyć „X” odpowiednią rubrykę

Oświadczam, że w utworzonym dziale farmacji szpitalnej nie będą świadczone inne niż ww. usługi farmaceutyczne / zadania zawodowe / czynności, do których świadczenia i wykonywania, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, działy farmacji szpitalnej nie są uprawnione.

.....  
czytelny podpis zgłaszającego lub pełnomocnika zgłaszającego (w przypadku składania wniosku przez pełnomocnika, należy przedłożyć oryginał lub notarialnie poświadczony odpis pełnomocnictwa)

\*) – niepotrzebne skreślić

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

**Do zgłoszenia należy dołączyć dokumenty z listy niżej wskazanych (oryginały bądź notarialnie poświadczone kopie). Kopie dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby nieuprawnione (np. przez samego zgłaszającego lub kandydata na kierownika działu farmacji szpitalnej), nie będą brane pod uwagę.**

1. Tytuł prawny do pomieszczeń działu farmacji szpitalnej (np. akt własności lokalu, umowa najmu lokalu);
2. Plan i opis techniczny pomieszczeń przeznaczonych na dział farmacji szpitalnej (opis techniczny musi zawierać podpis zgłaszającego);
3. Opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej o lokalu;
4. Protokół z badania skuteczności wentylacji (krotności wymian powietrza);
5. Oświadczenie farmaceuty o podjęciu się funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej, zawierające jego identyfikator jako pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz informację o przebiegu jego pracy zawodowej;
6. Dokumenty potwierdzające posiadanie przez kandydata na kierownika działu farmacji szpitalnej co najmniej rocznego doświadczenia w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy (np. świadectwo pracy, zaświadczenie o zatrudnieniu);
7. Zaświadczenie rady okręgowej izby aptekarskiej, że kandydat/kandydatka na kierownika działu farmacji szpitalnej: daje rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej, wypełnia obowiązki ustawicznego rozwoju zawodowego i wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty.

#### **UWAGA**

\*

**Dane zgłaszającego wpisanego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą powinny być zgodne z danymi ujawnionymi w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego.**

\*\*

**W przypadku gdy zgłaszającym jest podmiot wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego, zgłoszenie powinno być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentacji zgłaszającego zgodnie z wpisami ujawnionymi w Krajowym Rejestrze Sądowym lub przez pełnomocnika (dokument pełnomocnictwa należy dołączyć do zgłoszenia).**