Miejscowość…………..……., dnia ............................................

…………………..……………

*(imię i nazwisko kandydata na kierownika)*

…………………..……………

*(adres zamieszkania)*

 **Kielecka Okręgowa Izba Aptekarska**

 **w Kielcach**

### P O D A N I E

### o zaopiniowanie na stanowisko kierownika

### apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej

W związku ze zmianą od dnia ……………………………..….. na stanowisku kierownika apteki

szpitalnej/działu farmacji mieszczącej/go się w:

………………………………………………………………………..

*(adres)*

Działającej na podstawie Zezwolenia WIF Nr…………………………………………………...

Wydanego dla podmiotu :……………………………………….……………………………….

*(nazwa podmiotu)*

Należącego do……………………………………………………………………………………..

*(imię, nazwisko właściciela/właścicieli)*

zwracam się o stwierdzenie rękojmi należytego prowadzenia apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej.

...................................................

 *(czytelny podpis*

 *kandydata na kierownika)*