INFORMACIA DOT. ZATRUDNIONYCH FARMACEUTÓW W APTECE/HURTOWNI

# FARMACEUTYCZNEJ/DZIALE FARMACJI\*

1. Nazwa podmiotu prowadzącego aptekę ogólnodostępną/aptekę szpitalną/aptekę zakładową/działu farmacji szpitalnej/hurtowni farmaceutycznej\*

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...... adres, telefon, fax, e-mail

1. Nazwa/adres apteki ogólnodostępnej/apteki szpitalnej/apteki zakładowej/działy farmacji szpitalnej/hurtowni farmaceutycznej

..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… adres, telefon, fax, e-mail

# IMIENNA LISTA FARMACEUTÓW

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko i nr PWZ | Stanowisko | Wymiar czasu pracy (pełen etat, ½; ¼, um. zlec.; itp.) | Data podjęcia zatrudnienia/  zakończenia zatrudnienia | Kontakt  /tel., e-mail/ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………………………………………

(data, pieczątka i podpis właściciela/kierownika apteki/hurtowni)

\*niepotrzebne skreślić