

INFORMACJA 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

2. Nazwa/adres apteki ogólnodostępnej/apteki szpitalnej/apteki zakładowej/działu 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, pieczęta i podpis właściciela/kierownika apteki/hurtowni)

*niepotrzebne skreślić