

_____ (Име, име оца и презиме)

_____ (Мјесто и адреса становања)

_____ (Телефон)

Под моралном, кривичном и дисциплинском одговорношћу пред Судом части Фармацеутске коморе Републике Српске, ја _____ рођ. _____ године у _____ (општина/град), као члан Фармацеутске коморе Републике Српске, са лиценцом бр. _____, са датумом истека _____ године, д а ј е м

ИЗЈАВУ

Запослен/а сам или започињем са радом на пословима одговорног лица за обављање:
апотекарске дјелатности или
велепродају или
производњу лијекова или
медицинских средстава,
(означити знаком „X“)

у складу са прописаним условима код послодавца _____ са сједиштем у _____ (општина/град) у улици _____, **са пуним радним временом од 8 часова** у организационој јединици _____ (назив и адреса), од _____ године, као и код послодавца _____ са сједиштем у _____ (општина/град) у улици _____ **са допунским радним временом од 4 часа**, у организационој јединици _____ (назив и адреса), од _____ године.

Истовремено вас обавјештавам да сам до _____ године, био/ла запослен/а у _____ (назив послодавца) из _____ (општина/град), улица _____

Обавезујем се да ћу сваку промјену радног ангажовања, као одговорног лица, пријавити Министарству здравља и социјалне заштите Републике Српске и Фармацеутској комори Републике Српске у року од пет (5) радних дана.

Уједно потврђујем да, осим горе наведеног, нисам у радном односу, а нити на други начин, као одговорно лице, радно ангажован/а код било којег другог послодавца, било на територији Републике Српске или ван ње.

ИЗЈАВУ ДАО/ЛА:

у _____

Датум: _____

_____ Потпис мр фарм.