

\_\_\_\_\_

(Име и презиме)

\_\_\_\_\_

(Мјесто и адреса становања)

\_\_\_\_\_

(Телефон)

Под кривичном, моралном и дисциплинском одговорношћу, пред Судом части Фармацеутске коморе Републике Српске, ја

рођ. \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_, као члан Фармацеутске коморе Републике Српске, са лиценцом бр. \_\_\_\_\_, са датумом истека \_\_\_\_\_ године, да је 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, у складу са прописаним условима у \_\_\_\_\_ (назив послодавца) са сједиштем у \_\_\_\_\_ (општина/град) у улици \_\_\_\_\_, **са пуним радним временом од 8 часова дневно**, почев од \_\_\_\_\_ године, као и

у \_\_\_\_\_ (назив послодавца) са сједиштем у \_\_\_\_\_ (општина/град) у улици \_\_\_\_\_ **са допунским радним временом од 4 часа дневно**, почев од \_\_\_\_\_ године.

Истовремено вас обавјештавам да сам до \_\_\_\_\_ године, био/ла запослен/а у апотеци/веледрогерији/производњи лијекова или медицинскох средстава \_\_\_\_\_ (назив послодавца) из \_\_\_\_\_ (општина/град), ул. \_\_\_\_\_.

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

Уједно потврђујем да, осим горе наведеног, нисам у радном односу, а нити на други начин, као одговорно лице, радно ангажован/а у било којој другој апотеци, веледрогерији или производњи лијекова или медицинских средстава, било на територији Републике Српске или ван ње.

У \_\_\_\_\_

**ИЗЈАВУ ДАО/ЛА:**

Датум: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_