



**STANDARDOWA PROCEDURA OPERACYJNA  
(SOP)**

<b>Tytuł:</b>	<b>Powierzenie zastępstwa kierownika apteki. Przekazywanie zadań personelowi apteki.</b>	
<b>Podsumowanie:</b>	Niniejsza SPO opisuje zasady zastępowania Kierownika Apteki.	
	Stanowisko	Data, podpis
Autor		
Sprawdzone przez		
Zatwierdzone przez	Kierownik Apteki	
<b>Historia</b>		
Wersja	Data wdrożenia	Opis zmiany
01		Opracowanie dokumentu



## Spis treści

1. Wytyczne .....	3
2. Cel i zakres .....	3
3. Odpowiedzialność .....	3
4. Definicje .....	3
5. Procedura .....	3
6. Referencje i załączniki .....	5

## 1. Wytyczne

- Ustawa z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne – “Prawo farmaceutyczne”,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki.

## 2. Cel i zakres

Celem niniejszej SPO jest zdefiniowanie zasad przekazywania obowiązków Kierownika Apteki oraz przekazywanie zadań pozostałemu personelowi.

## 3. Odpowiedzialność

### 3.1. Kierownik Apteki odpowiada za:

- wdrożenie i prawidłowe wykonywanie niniejszej procedury

### 3.2. Personel Apteki odpowiada za:

- przestrzeganie zasad niniejszej procedury

## 4. Definicje

- **Apteka** - placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne, o których mowa w art. 86 ust. 2. Ustawy prawo Farmaceutyczne
- **Fachowy Personel Apteki** - magister farmacji i technik farmaceutyczny, który ukończył 2 letnia praktykę w aptece
- **Kierownik Apteki** – Farmaceuta odpowiedzialny za prowadzenie apteki, spełniający wymogi określone w art.88 Ustawy Prawo Farmaceutyczne
- **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia
- **Produkty**: produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w stosunku do których wydano decyzje o objęciu refundacją oraz pozostały asortyment Apteki

## 5. Procedura

### Zasady ogólne

- 5.1. Kierownikiem apteki ogólnodostępnej może być farmaceuta, który spełnia łącznie następujące warunki:
  - a. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii oraz co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy, albo posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy;



- b. wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
  - c. wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
  - d. daje rękojmię należytego prowadzenia apteki.
- 5.2. Farmaceuta nie może być kierownikiem więcej niż jednej apteki
- 5.3. Farmaceuta może być równocześnie kierownikiem apteki i działu farmacji szpitalnej albo dwóch działów farmacji szpitalnej po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, a w przypadku podmiotów nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej – Naczelnego Inspektora Farmaceutycznego Wojska Polskiego, który uwzględni wymiar zatrudnienia farmaceuty w tych jednostkach, zakres wykonywanych usług farmaceutycznych oraz godziny czynności każdej z nich.
- 5.4. W godzinach pracy apteki w jej lokalu znajduje się zatrudniony w niej farmaceuta lub farmaceuta wykonujący swoje obowiązki w aptece na innej podstawie prawnej.
- 5.5. Kierownik apteki wyznacza, na czas swojej nieobecności, trwającej powyżej 30 dni, farmaceutę spełniającego wymogi stawiane Kierownikowi Apteki do jego zastępowania,
- 5.5.1. Farmaceuta zastępujący Kierownika Apteki powinien:
- zapoznać się z procedurami obowiązującymi w Aptece,
  - posiadać dostęp do systemu komputerowego w zakresie analogicznym jak Kierownik Apteki
  - posiadać dostęp do wszystkich pomieszczeń Apteki
  - posiadać dostęp do dokumentacji związanej z prowadzeniem Apteki;
  - posiadać pełnomocnictwo do reprezentowania apteki przed Organami Inspekcji Farmaceutycznej,
  - Wypełnić załącznik nr 1.
  - Należy złożyć pisemnie powiadomienie zgodne z załącznikiem nr 1 do Wojewódzkiego I Inspektora Farmaceutycznego oraz Okręgowej Izby Aptekarskiej.
  - Przekazać do Wojewódzkiego Oddziału NFZ komplet dokumentów, zgodnie z obowiązującym wzorem – Załącznik nr 2, wraz z kopią prawa wykonywania zawodu zastępcy kierownika apteki poświadczoną za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.
- 5.5.2. Wyznaczenie zastępcy może odbywać się na piśmie stanowiącym załącznik nr 1.

#### **Przekazywanie zadań przez Kierownika Apteki**

- 5.6. Przekazywanie zadań musi odbywać się w formie pisemnej.
- 5.7. Zakres delegowanych pracy jest zgodny z obowiązującymi przepisami i dostosowany do zakresu działalności i zasobów, którymi dysponuje Apteka
- 5.8. Kierownik Apteki przekazuje zadania personelowi Apteki, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3

## 6. Referencje i załączniki

### 6.1. Referencje

### 6.2. Załączniki

Załącznik nr 1 Oświadczenie

Załącznik nr 2 Zgłoszenie zastępstwa na stanowisku Kierownik Apteki/Punktu Aptecznego

Załącznik nr 3 Przekazanie zadań personelowi apteki



## Załącznik nr 1

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y mgr farm. ....  
legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr ..... ,  
w związku z moją nieobecnością w pracy od dnia ..... do dnia .....  
spowodowaną.....  
.....  
powierzam pełnienie funkcji zastępcy kierownika apteki mieszczącej się w  
Aptece..... przy ul.....  
Pani/Panu mgr farm ..... ,  
legitymującej/mu się prawem wykonywania zawodu nr ..... ,  
spełniającej/mu wymagania określone w art. 88 ust.2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo  
farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika apteki )

Ja niżej podpisana/y mgr farm. .... ,  
legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr ..... ,  
podejmuję się pełnienia od dnia ..... do dnia .....  
funkcji zastępcy kierownika apteki mieszczącej się w..... przy  
ul. .... , w  
związku z nieobecnością w pracy obecnego kierownika – Pani/a mgr  
farm. ....

.....  
.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis podejmującego obowiązki zastępcy)



Załącznik nr 2

.....  
Miejscowość, data

**Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

NIP: ..... REGON: .....

**Dane apteki/punktu aptecznego:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Kod ewidencyjny apteki: .....

**ZGŁOSZENIE ZASTĘPSTWA NA STANOWISKU KIEROWNIKA  
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Informuję, że Pani/Pan ..... PESEL: .....

numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty: .....(w przypadku magistra farmacji)

numer dyplom ukończenia szkoły : .....(w przypadku technika farmaceutycznego)

w okresie od dnia ..... roku do dnia ..... roku pełni obowiązki kierownika apteki/punktu aptecznego, w tym składa podpisy pod zestawieniami zbiorczymi recept w imieniu kierownika apteki, Pani/Pana ....., podczas jego nieobecności w aptece spowodowanej .....

**WZÓR PODPISU I PARAFY  
ZASTĘPCY KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....  
Podpis i pieczęć podmiotu  
prowadzącego aptekę/punkt apteczny

.....  
Podpis i pieczęć **KIEROWNIKA**  
apteki/punktu aptecznego

**Załączniki:**

1. Oświadczenie zastępcy kierownika apteki/punktu aptecznego o spełnianiu warunków do pełnienia funkcji kierownika.
2. Oświadczenie o zgodzie na przetwarzaniu danych osobowych.
3. Oświadczenie o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji.
4. Kopia prawa wykonywania zawodu zastępcy kierownika apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.
5. W przypadku technika farmaceutycznego: kopia dyplomu ukończenia szkoły poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący punkt apteczny.



Numer umowy: .....

.....  
Miejscowość, data

### OŚWIADCZENIA ZASTĘPCY KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

1. Oświadczam, że spełniam warunki do pełnienia funkcji kierownika apteki określone w art. 88 ust. 1-3 lub kierownika punktu aptecznego określone w art. 70 ust. 2b, ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).
2. Świadom/a odpowiedzialności kamej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art.233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane w zgłoszeniu powierzenia zastępstwa na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego i załącznikach do zgłoszenia zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień jego sporządzenia.

.....  
Podpis/ły i pieczęć  
Osoby reprezentującej wnioskującego

.....  
Podpis/ły i pieczęć  
zastępcy kierownika apteki/ punktu aptecznego



Numer umowy: .....

.....  
Miejscowość, data

## Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w NFZ umieszczoną poniżej.

.....  
Podpis/ly i pieczęć Osoby reprezentującej  
wnioskującego

.....  
Podpis i pieczęć zastępcy kierownika apteki/  
punktu aptecznego

### KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informuję, że:

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Rakowieckiej 26/30, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym może Pan/i kontaktować się listownie na adres siedziby administratora: 02-528 Warszawa, ul. Rakowiecka 26/30, za pomocą platformy ePUAP: NFZ-Centrała/SkrytkaESP oraz e-mail: sekretariat.gpf@nfz.gov.pl .

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Narodowym Funduszu Zdrowia: [iod@nfz.gov.pl](mailto:iod@nfz.gov.pl)

Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby realizacji ustawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, obrony roszczeń oraz zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 r. poz. 164, z późn. zm.).

Podanie przez Pana/i danych osobowych związane jest z wymogiem ustawowym wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z odpowiednimi przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, z późn. zm.).

Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych (o ile w danych przypadkach przysługuje), prawo wniesienia sprzeciwu, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Od czynności podjętych przez administratora danych osobowych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przekazane przez Pana/nią dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.

### Załącznik nr 3

#### PRZEKAZANIE ZADAŃ PERSONELOWI APTEKI

Pracownikowi na stanowisku magister farmacji przekazuję następujące zadania:

- 

Pracownikowi na stanowisku technik farmaceutyczny przekazuję następujące zadania:

- 

Pracownikowi na stanowisku ..... przekazuję następujące zadania.

- 

Powyższe zadania zgodne są z poszczególnymi opisami stanowisk

**Data i podpis Kierownika Apteki**