

VETËDEKLARIM

Unë, i/e nënshkruari/a _____, i/e datëlindjes _____, lindur në _____, me adresë banimi _____ në _____, nr. tel. _____, adresë emaili _____, deklaroj nën përgjegjësinë time të plotë si më poshtë:

Jam diplomuar në Universitetin _____, me diplomë nr. _____ datë, _____, me notën mesatare (_____).

1. Jam drejtues/e teknik në :

Subjektin farmaceutik: _____
Adresa: _____

2. Jam i/e punësuar në :

Subjektin farmaceutik: _____
Me Drejtues Teknik: _____
Adresa: _____

3. Jam i/e punësuar në institucionin shtetëror, publik, në pozicionin përkatës:

Institucioni, _____
Pozicioni _____
Adresa _____

4. A jeni i/e punësuar në ndonjë subjekt tjetër privat ose institucion publik? Po Jo

Nëse po, përshkruani vendin e punës dhe pozicionin _____

5. A jeni anëtar aktiv në ndonjë Urdhër tjetër profesional shëndetësor? Po Jo

Nëse po, në cilin _____

6. Do të zbatoj me përpikmëri Kodin Deontologjik, Statutin dhe Rregulloret e Urdhrit të Farmacistëve të Shqipërisë, të gjitha aktet ligjore dhe nënligjore që rregullojnë Shërbimin Farmaceutik në Republikën e Shqipërisë.

7. Do të shlyej rregullisht dhe brenda afatit, pagesën e kuotës së anëtarësimit dhe të gjitha detyrimet e tjera, që parashikohen nga Urdhri i Farmacistëve të Shqipërisë.

8. Deklaroj se për çdo ndryshim që ka lidhje me pohimet e mësipërme, do të njoftoj Këshillin Rajonal të UFSH-së, për të kryer ndryshimet përkatëse.

Në rast të dhënies së informacioneve të pavërteta, në bazë të nenit 19 të Statutit të UFSH-së, paragrafi 2 pika b, do të mbaj përgjegjësi sipas penaliteteve të parashikuara në Statut.

Data _____ (Emri, mbiemri, firma) _____