Załącznik nr 2 do Regulaminu

……, dn. ……
(miejscowość) (data)

Pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

wydane na potrzeby rekrutacji do projektu

„Lekarze w trójwymiarze - szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi”

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani

……,

/imię i nazwisko osoby delegowanej na szkolenie/

legitymująca/y się dowodem osobistym: _ _ _ _ _ _ _ _ _, numer PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _,

jest zatrudniona/y w:

……,

/nazwa pracodawcy/

……,

/adres pracodawcy – miejsce siedziby zgodnie z dokumentem rejestrowym/

……,

Poradnia/ Oddział

na podstawie:

□ umowy o pracę na czas nieokreślony od ……

□ umowy o pracę na czas próbny od …… do ……

□ umowy o pracę na czas określony od …… do ……

□ umowy cywilno-prawnej od……do……

/proszę zaznaczyć „x” we właściwym polu i wpisać daty/

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą. Zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

……
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do wydawania zaświadczeń o zatrudnieniu

……, dn. ……
(miejscowość) (data)

……
(pieczątka instytucji potwierdzającej - POZ)

ZAŚWIADCZENIE O WSPÓŁPRACY Z PLACÓWKĄ ŚWIADCZĄCĄ PODSTAWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Zaświadczam, że Pani/Pan ……

Urodzona(y) w dniu …….. w ……

współpracuje z naszą placówką w zakresie świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie informujemy, że nasza placówka jest świadczeniodawcą, który na podstawie zawartej umowy udziela świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

……
(podpis osoby upoważnionej)

……, dn. ……
(miejscowość) (data)

Imię i nazwisko: ……

Adres zamieszkania: ……

OŚWIADCZENIE O UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Oświadczam, że na podstawie zawartej umowy udzielam świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą. Zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

……
(podpis osoby składającej oświadczenie)