

**ZAŚWIADCZENIE/PROMESA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ ZAWIERAJĄCE DEKLARACJĘ ZATRUDNIENIA**

Data

Placówka medyczna (proszę podać nazwę oraz adres)

.....
.....
.....0

świadczą iż zamierza zatrudnić Pana/Panią* imię¹:.....,
nazwisko:....., specjalizacja, po uzyskaniu
przez medyka od Ministerstwa Zdrowia zezwolenia na wykonywania zawodu Lekarza/Lekarza
Dentysty*.

Wykaz komórek organizacyjnych zakładu leczniczego²:

Czas planowanego zatrudnienia:

Zakres realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnych z posiadanym tytułem specjalisty w określonej
dziedzinie medycyny³:

Podpis i pieczęć

¹ Imię, nazwisko (**angielska transpozycja z paszportu**) i specjalizacja osoby, którą podmiot zamierza zatrudnić.

² W których lekarz specjalista mógłby podjąć zatrudnienie.

³ W których lekarz specjalista mógłby podjąć zatrudnienie.

* Niepotrzebne skreślić