



.....
Pieczęć zakładu pracy

.....
(miejsowość, data)

.....
PKD (Polska Klasyfikacja Działalności)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani
(imię i nazwisko)

PESEL:
(numer PESEL)

jest zatrudniony/a na stanowisku

Charakter stanowiska pracy (zgodnie z zakresem obowiązków):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pracownik administracyjny mający kontakt z pacjentem (np. rejestratorki/rejestratorzy) | <input type="checkbox"/> kadra medyczna posiadająca w zakresie obowiązków funkcje administracyjne (np. ordynator, pielęgniarka oddziałowa, itp.); |
| <input type="checkbox"/> pracownik pionu administracyjnego nie mający kontaktu z pacjentem | <input type="checkbox"/> pracownik organu założycielskiego podmiotu leczniczego lub NFZ. |
| <input type="checkbox"/> kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi | <input type="checkbox"/> inny: jaki?
..... |

na podstawie (zaznaczyć właściwe):

- Umowy o pracę
 Umowy cywilnoprawnej

w
.....
(pełna nazwa i adres zakładu pracy oraz ewentualny adres jednostki organizacyjnej)

Podmiot (zaznaczyć właściwe):

- posiada umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zawartą z Oddziałem Wojewódzkim NFZ
- pracownik wykonuje pracę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej
- nie posiada umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zawartej z Oddziałem Wojewódzkim NFZ

.....
Podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia