

.....

sce)

(data, miej-

.....

.....
(oznaczenie podmiotu leczniczego)

.....

.....

OIP)

(oznaczenie właściwego

INFORMACJA

Oświadczam, że zgodnie ze stanem na
w kierowanym przeze mnie podmiocie leczniczym
zatrudnionych jest:

..... osób wykonujących zawód medyczny
na podstawie umów cywilnoprawnych oraz

..... osób wykonujących zawód medyczny
jako praktykę zawodową, na mocy podpisanej
z podmiotem leczniczym umowy cywilnoprawnej.