|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wypełnia Orlik | Uczestnik spełnia kryterium współpracy z POZ | Tak/Nie\* |

**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

Imię i nazwisko ........

PESEL ……

Zamieszkała (y) ...........

**Oświadczam, że**

1. **jest zatrudniona/y w podmiocie leczniczym\***:

……………………………………………………………..nazwa i adres

na podstawie umowy o pracę/umowy cywilno-prawnej/kontraktu[[1]](#footnote-1)\* zawartej dnia: .............................

na okres: ............

**Podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowę z NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna TAK/ NIE**\*

lub

1. **wykonuję zawód w ramach działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej\***, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej, zarejestrowanej pod nazwą:

………………………………………….. i udzielam świadczeń medycznych w ramach zawartego kontraktu z Wojewódzkim Narodowym Funduszem Zdrowia w .............

**Udzielam świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowę z NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna** **TAK/ NIE**\*

.................................................................... …………………………………………………..

(pieczęć zakładu pracy/praktyki lekarskiej) (podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby prowadzącej działalność leczniczą)

1. \* niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)