**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona):** |  |
| **Numer Prawa Wykonywania Zawodu:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data uzyskania wpisu:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Numer księgi:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane o aktualnym zatrudnieniu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Stanowisko:** |  |
| **Data zatrudnienia od:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Data zatrudnienia do:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Nazwa firmy pełna:** |  |
| **NIP:** | Regon: |
| **Typ zakładu pracy:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Publiczny |  | Niepubliczny |  |  |
|  |  |  | Inny |
|  |  |  |  |

 |
| **Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):** |  |
| **Adres zakładu:** |
| **Województwo:** | Powiat: | Gmina: |
| **Ulica:** | Nr domu: | Nr lokalu: |
| **Kod pocztowy:** | Miejscowość: | Poczta: |
| **Numer telefonu** | Fax |  |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy…………………….