**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…………………….