

.....
Miejscowość, data

Imię:

Nazwisko:

Pesel:

Oświadczenie personelu

Oświadczam, że udzielam świadczeń opieki zdrowotnej w

.....
w ramach umowy z NFZ o sygnaturze w zakresie

....., wyróżnik..... Średni tygodniowy czas pracy wynosi

..... godzin/y i minut/y. W powyższym zakresie świadczeń

*posiadam / nie posiadam harmonogram/u pracy w okresie od.....

do

Poniedziałek: od do

Wtorek: od do

Środa: od do

Czwartek: od do

Piątek: od do

Sobota: od do

Niedziela od do

* niepotrzebne skreślić