Pieczęć podmiotu leczniczego WZÓR

w którym realizowane było zobowiązanie

Znak sprawy miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, iż lekarz……….…………………………udzielał świadczeń opieki zdrowotnej,

*(Imię i nazwisko lekarza)*

stanowiących realizację zobowiązania w podmiocie

leczniczym…………………………………….……………………………………………………,

(Nazwa podmiotu leczniczego)

w okresie od…………………………..do…………………………, liczba dni……………………,

w wymiarze……………………………….

(wymiar etatu)

Zaświadcza się, iż ww. lekarz……….………………………………………………   
 *(Imię i nazwisko lekarza)*

korzystał w czasie realizacji zobowiązania z:

1. absencji chorobowej od dnia……………………do dnia…………….. liczba dni…………..
2. urlopu wychowawczego od dnia…………………….do dnia………….liczba dni………….
3. urlopu macierzyńskiego od dnia………….…………do dnia………….liczba dni………….
4. urlopu rodzicielskiego od dnia……………….…….do dnia……………liczba dni……….….
5. urlopu bezpłatnego od dnia……………….………..do dnia……………liczba dni…………..

……….…………………………………………

*(Podpis i pieczątka Dyrektora/Prezesa podmiotu leczniczego)*