Załącznik nr 2

…………………………………………………….……

(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, że Pan/Pani[[1]](#footnote-1) ……………………………………………………………………………………………………….

wykonywał/wykonywała zawód lekarza/lekarza dentysty w podmiocie leczniczym:

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

(pełna nazwa)

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

(adres)

w okresie od ………………………………………….…………… do …………………………………………………………………

w wymiarze czasu pracy (wysokość etatu)…………………………………………………………………………………..

**Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.**

……………………………………………………………………………………….

(podpis i pieczątka kierownika podmiotu leczniczego)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w ww. okresie zatrudnienia Pana/Pani ……………………………………………………………..

podmiot leczniczy………………………………………………………………………………………………………………………...

(pełna nazwa)

udzielał świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.**

……………………………………………………………………………………….

(podpis i pieczątka kierownika podmiotu leczniczego)

1. Zaznacz właściwe [↑](#footnote-ref-1)