



OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Ja niżej podpisany/a.....PESEL:

(Imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem zatrudniona/y w:

.....

(nazwę i adres)

.....
na stanowisku.....

Jednocześnie oświadczam, iż realizuję świadczenia zdrowotne w systemie ochrony zdrowia:

w systemie publicznym

w systemie prywatnym, a wartość udzielonej pomocy publicznej/ pomocy de minimis w okresie ostatnich trzech lat wyniosła.....

.....
data i czytelny podpis