

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadczam, że Pani/ Pan:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Zatrudniona/y jest w:

.....
(nazwa i adres pracodawcy)

W okresie:

.....
(data i okres zatrudnienia)

Na stanowisku: **Proszę zaznaczyć „X” właściwe pole:**

Pracownik w podmiocie leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	
Osoba zatrudniona w przedsiębiorstwie o profilu farmaceutycznym, wyrobów medycznych, rozwiązań IT dla sektora ochrony zdrowia, badań klinicznych, biotechnologicznym	
Pracownik uczelni wyższej o profilu biomedycznym	
Pracownik administracji systemu ochrony zdrowia i obszaru zdrowia publicznego, z wyłączeniem pracowników Agencji Badań Medycznych	

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)