

Nowy pracownik

Imię i nazwisko pracownika (DRUKOWANYMI LITERAMI)	
PESEL pracownika	<input type="text"/>
Tytuł zawodowy	
Nr PWZ	<input type="text"/>
Specjalizacje 1. Nazwa 2. Numer 3. Organ wydający 4. Data rozpoczęcia 5. Data zakończenia	
Miejsce(-a) zatrudnienia	
Wymiar czasu pracy	
Harmonogramy czasu pracy	<i>Proszę dołączyć jako załączniki dostępny na www.szpitallipno.pl w dziale „do pobrania poz. 11”</i>
Doświadczenia zawodowe	<i>Proszę dołączyć jako załączniki</i>

Oświadczenie składa się w **Dziale Statystyki i Analiz Kosztów Medycznych** celem aktualizacji danych w **Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji NFZ w Bydgoszczy**.

Załączniki:

1. Kserokopie wszystkich dokumentów potwierdzające ww. dane

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie