

Oświadczenie O HARMONOGRAMIE CZASU PRACY

Imię i nazwisko pracownika												
PESEL pracownika	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
Data oświadczenia	201.... /...../.....												
Oświadczenie obowiązuje	od 201.... /...../..... do 201.... /...../.....												
Komórka organizacyjna, której oświadczenie dotyczy												

Oświadczenie składa się w **Dziale Statystyki i Analiz Kosztów Medycznych** po akceptacji Prezesa Zarządu Szpital Lipno Spółka z o.o. celem aktualizacji danych w **Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji NFZ w Bydgoszczy**.

BYŁO:

Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

STAN AKTUALNY:

Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Prezes Zarządu Szpital Lipno Spółka z o.o.