

\_\_\_\_\_  
Data i podpis osoby, której cofnięto upoważnienie

**Znak sprawy: 22/2018**

**Załącznik nr 7**

Wzór informacji o zatrudnieniu pracownika:

\_\_\_\_\_  
(pieczęć komórka właściwa ds. kadr)

Maków Mazowiecki, dnia.....r.

|                                             |
|---------------------------------------------|
| <b>INFORMACJA O ZATRUDNIENIU PRACOWNIKA</b> |
|---------------------------------------------|

Od dnia..... w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Zespół Zakładów w Makowie Mazowieckim** jest zatrudniona:

|                               |                                                                                                                                 |                                 |  |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|
| Imię (imiona) i nazwisko:     |                                                                                                                                 |                                 |  |
| PESEL:                        |                                                                                                                                 | Nr prawa do wykonywania zawodu: |  |
| Tytuł zawodowy / stanowisko:* |                                                                                                                                 |                                 |  |
| Rola:                         | administracja / lekarz / pielęgniarz / położna / ratownik medyczny / psycholog / rehabilitant / technik obrazowy / rozliczenia* |                                 |  |
| Nazwa komórki organizacyjnej: |                                                                                                                                 |                                 |  |

Maków Mazowiecki, dnia .....

\_\_\_\_\_  
(Podpis pracownika komórki właściwej ds. kadr)

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>INFORMACJA O WYDANYM DOSTĘPIE</b> |
|--------------------------------------|

|                     |  |                 |  |        |  |
|---------------------|--|-----------------|--|--------|--|
| Założenie konta:    |  |                 |  |        |  |
| Login:              |  | Data i godzina: |  | Przez: |  |
| Wydany dostęp:      |  |                 |  |        |  |
| Odebrałam/em* dnia: |  | Podpis:         |  |        |  |