

1. Imię (imiona) i nazwisko \_\_\_\_\_

2. Data urodzenia \_\_\_\_\_

3. Obywatelstwo \_\_\_\_\_

4. Numer ewidencyjny (PESEL):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Miejsce zamieszkania:

\_\_\_\_\_

(Ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod, miejscowość)

\_\_\_\_\_

(gmina)

(dzielnica)

(powiat)

(województwo)

6. Adres do korespondencji (bez obowiązku podawania):

\_\_\_\_\_

7. Telefon (bez obowiązku podawania): \_\_\_\_\_

8. Wykształcenie \_\_\_\_\_

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

- Dyplom (\*) nr: \_\_\_\_\_

- Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (\*) nr: \_\_\_\_\_

- Specjalizacja i stopień(\*) \_\_\_\_\_

9. Dokumenty dotyczące wykonywanego zawodu:

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru z Izby Lekarskiej (\*) \_\_\_\_\_

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru z Izby Pielęgniarek i Położnych (\*) \_\_\_\_\_

- Zaświadczenie o szkoleniu w stacji dializ (\*) \_\_\_\_\_

**(\*) dołączyć kopie dokumentów. Brak kopii dokumentów spowoduje odrzucenie kandydatury lub wstrzymanie podpisania umowy !**

**Wykształcenie uzupełniające**

---

---

(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

**10. Właściwy Urząd Skarbowy** \_\_\_\_\_

-----

(Data i podpis osoby wypełniającej formularz)