

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
.....
(Nazwa i adres Zakładu Pracy)

ZAŚWIADCZENIE

Pan/i jest zatrudniona/y w

.....

(Nazwa Zakładu Pracy)

na podstawie umowy o pracę / kontraktu* na okres oddo.....

Jednocześnie oświadczam, że nasz zakład posiada umowę z Narodowym Funduszem

Zdrowia –

(nazwa OW NFZ)

.....

*niepotrzebne skreślić