

Warszawa ,2025 r.
(miejscowość, data)

.....
.....
.....
(nazwa, dane teleadresowe pracodawcy)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU ORAZ POTWIERDZENIE INFORMACJI
W ZAKRESIE DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO

Zaświadcza się, że Pani/ Pan:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Zatrudniona/y jest w sektorze biomedycznym:

Nazwa i adres pracodawcy:

.....

.....

od dnia*.....

na stanowisku.....

Jednocześnie oświadczam, że pracownik nie znajduje się w okresie wypowiedzenia.

*Jeżeli wymagany wymiar doświadczenia zawodowego nie został osiągnięty u aktualnego pracodawcy, należy dołączyć kopię świadectwa pracy lub potwierdzenie okresu zatrudniania sporządzone z zastosowaniem określonego powyżej wzoru.

Proszę zaznaczyć „X” właściwe pole:

- ☐ Pracownik w podmiocie leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- ☐ Osoba zatrudniona w przedsiębiorstwie o profilu farmaceutycznym, wyrobów medycznych, rozwiązań IT dla sektora ochrony zdrowia, badań klinicznych, biotechnologicznym;
- ☐ Pracownik uczelni wyższej o profilu biomedycznym;
- ☐ Pracownik administracji systemu ochrony zdrowia i obszaru zdrowia publicznego, z wyłączeniem pracowników Agencji Badań Medycznych;
- ☐ Osoba wykonująca zawód medyczny**.

.....

pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

**Osoby wykonujące zawód medyczny składają wydruk z właściwego rejestru osób uprawnionych do wykonywania danego zawodu medycznego.