, dnia 2024 r.

miejscowość data

Imię i nazwisko: ………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………

………………………………………………………

***OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU***

Niniejszym oświadczam, że wykonuję zawód medyczny w sektorze biomedycznym na podstawie samozatrudnienia:

**(Proszę zaznaczyć „X” właściwe pole):**

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

Do zaświadczenia załączam:

* zaświadczenie z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS)
* zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)

……………………………………

*Podpis*