

Załącznik nr 4 do SWKO
nr SP/KD.1141-49/2025 z dnia 09.12.2025 r.
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy
w ramach Poradni Urologicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.

Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o.o.
ul. 22 Stycznia 41
89-300 Wyrzysk

Dział Kadr Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o., ul. 22 Stycznia 41, 89-300 Wyrzysk zaświadcza, że posiada następujące kopie dokumentów niezbędnych do złożenia oferty na zawarcie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Poradni Urologicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.

.....

Lp.	Nazwa dokumentu	TAK*	NIE*
1	Kopia wpisu do rejestru podmiotów działalności leczniczej		
2	Wydruk z CEIDG/KRS		
3	Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (świadczenie ukończenia studiów wyższych, dyplom specjalizacji, zaświadczenia, certyfikaty potwierdzające odbyte kursy zawodowe)		
4	Kopia prawa wykonywania zawodu		
5	Kopia polisy oc ważna do		

.....

Wyrzysk, data

.....

Podpis pracownika Działu Kadr

* zakreślić właściwą kratkę