

## WYKAZ PRACOWNIKÓW

.....  
.....  
(Nazwa i adres podmiotu leczniczego)

L.p.	Nazwisko i imię	Nr rejestracyjny pojazdu
1.		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Potwierdzam, że ww. osoby są **pracownikami podmiotu leczniczego** w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567), **wpisanego do rejestru podmiotów leczniczych pod numerem .....**, realizującymi zadania w **bezpośrednim kontakcie z pacjentami**, dojeżdżającymi w okresie epidemii wirusa SARS-CoV-2 samochodami prywatnymi do pracy w tym podmiocie.

**KIEROWNIK PODMIOTU LECZNICZEGO**

(Kwalifikowany podpis elektroniczny  
lub pieczętka imienna i podpis)