Warszawa, dnia ………………………….………………….. 2020 r.

**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 pieczątka imienna i podpis)*