|  |  |
| --- | --- |
| **ZBIORCZA EWIDENCJA ZAKŁADÓW I URZĄDZEŃ LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO PODMIOTU: OBSADA PERSONALNA** | |
| **STAN AKTUALNY NA DZIEŃ:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **UZDROWISKO:** | | |  | | |
|  | **PODMIOT LECZNICZY:** | | |  | | |
|  | LEKARZE | | | | | |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  | | | | |
|  | **w tym:** | ETAT | LICZBA ETATÓW | | KONTRAKT | LICZBA GODZIN |
|  | **LEKARZE I SPECJALIŚCI BALNEOLOGII I MEDYCYNY FIZYKALNEJ** |  |  | |  |  |
|  | **LEKARZE I SPECJALIŚCI REHABILITACJI MEDYCZNEJ** |  |  | |  |  |
|  | **INTERNIŚCI** |  |  | |  |  |
|  | **PEDIATRZY** |  |  | |  |  |
|  | **POZOSTALI LEKARZE** |  |  | |  |  |
|  | **PIELĘGNIARKI** | | | | | |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  | | | | |
|  | **w tym:** | ETAT | LICZBA ETATÓW | | KONTRAKT | LICZBA GODZIN |
|  | **Z TYTUŁEM MAGISTRA** |  |  | |  |  |
|  | **Z TYTUŁEM LICANCJATA** |  |  | |  |  |
|  | **PIELĘGNIARKI DYPLOMOWANE** |  |  | |  |  |
|  | **POŁOŻNE** | | | | | |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  | | | | |
|  | **w tym:** | ETAT | LICZBA ETATÓW | | KONTRAKT | LICZBA GODZIN |
|  | **Z TYTUŁEM MAGISTRA** |  |  | |  |  |
|  | **Z TYTUŁEM LICANCJATA** |  |  | |  |  |
|  | **POŁOŻNE DYPLOMOWANE** |  |  | |  |  |
|  | PERSONEL ZABIEGOWY / FIZJOTERAPEUCI | | | | | |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  | | | | |
|  | **w tym:** | ETAT | LICZBA ETATÓW | | KONTRAKT | LICZBA GODZIN |
|  | **Z TYTUŁEM MAGISTRA** |  |  | |  |  |
|  | **Z TYTUŁEM LICANCJATA** |  |  | |  |  |
|  | **Z TYTUŁEM TECHNIKA** |  |  | |  |  |
|  | **MASAŻYŚCI** |  |  | |  |  |
|  | **POZOSTAŁY PERSONEL** | | | | | |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  | | | | |
|  | **w tym:** | ETAT | LICZBA ETATÓW | | KONTRAKT | LICZBA GODZIN |
|  | **DIETETYCY / SPECJALIŚCI DS. ŻYWIENIA:** |  |  | |  |  |
|  | **PSYCHOLODZY:** |  |  | |  |  |
|  | **LOGOPEDZI:** |  |  | |  |  |
|  | **TERAPEUCI ZAJĘCIOWI:** |  |  | |  |  |
|  | **FARMACEUCI:** |  |  | |  |  |
|  | **POZOSTAŁY PERSONEL:** |  |  | |  |  |

………………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Kierownika Podmiotu

**SPRAWDZIŁ:**

……………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Naczelnego Lekarza Uzdrowiska