|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK DO EWIDENCJI ZAKŁADU LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO:****OBSADA PERSONALNA** |
| **STAN AKTUALNY NA DZIEŃ:**  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UZDROWISKO:** |  |
|  | **PODMIOT LECZNICZY:** |  |
|  | **NAZWA ZAKŁADU:** |  |
|  | **KIEROWNIK PODMIOTU:** |  |
|  | **ADRES / TELEFON:** |  |
|  | **KIEROWNIK ZAKŁADU:** |  |
|  | **ADRES / TELEFON:** |  |
|  | LEKARZE PROWADZĄCY LECZENIE |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  |
|  | **LEKARZE PROWADZĄCY LECZENIE** **(specjalizacje, kursy, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **LEKARZE NADZORUJĄCY ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY (jeżeli dotyczy)** |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  |
|  | **LEKARZE NADZORUJĄCY ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY (specjalizacje, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **LEKARZE PEŁNIĄCY DYŻURY (jeżeli dotyczy)** |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  |
|  | **LEKARZE PEŁNIĄCY DYŻURY** |  |
|  | **PIELĘGNIARKI / POŁOŻNE** |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  |
|  | **PIELĘGNIARKI / POŁOŻNE** **(specjalizacje, kursy, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | PERSONEL ZABIEGOWY / FIZJOTERAPEUCI **(jeżeli dotyczy)** |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  |
|  | **PERSONEL ZABIEGOWY** **Z TYTUŁEM MAGISTRA (specjalizacje, kursy, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **PERSONEL ZABIEGOWY** **Z TYTUŁEM LICANCJATA****(kursy, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **PERSONEL ZABIEGOWY** **Z TYTUŁEM TECHNIKA** **(kursy, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **MASAŻYŚCI** **(kursy, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **POZOSTAŁY PERSONEL (jeżeli dotyczy)** |
|  | **DIETETYCY / SPECJALIŚCI DS. ŻYWIENIA (liczba, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **PSYCHOLODZY (liczba, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **LOGOPEDZI (liczba, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **TERAPEUCI ZAJĘCIOWI (liczba, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **FARMACEUCI (liczba, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |
|  | **POZOSTAŁY PERSONEL (rodzaj, liczba, forma zatrudnienia z podaniem wymiaru godzin pracy: etat, kontrakt):** |  |

………………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Kierownika Podmiotu

**SPRAWDZIŁ:**

………………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Naczelnego Lekarza Uzdrowiska