Załącznik do Regulaminu przyznawania Wyróżnienia „Dyplom Uznania za wzorową pracę w Ochronie Zdrowia" w VIII Kadencji

WNIOSEK O PRZYZNANIE WYRÓŻNIENIA „DYPLOM UZNANIA ZA WZOROWĄ PRACĘ W OCHRONIE ZDROWIA"

DANE KANDYDATA DO WYRÓŻNIENIA:

Imię i nazwisko oraz nr PWZ DRUKOWANYMI LITERAMI	
Tytuł zawodowy, miejsce pracy i stanowisko	
Przebieg pracy zawodowej. Staż powyżej 3 lat w zawodzie	
Potwierdzenie regularnego, ustawowego opłacania składek członkowskich dla OIPiP w Gdańsku – wypełnia Pracodawca	

DANE WNIOSKODAWCY:

Podmiot zgłaszający kandydata, zgodny z tematycznym Regulaminem	

UZASADNIENIE WNIOSKU

Opis zasług w działalności na rzecz środowiska zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz pacjentów, tj. wzorowej pracy w Ochronie Zdrowia.

.....	.....
(miejscowość, data wystawienia wniosku)	**(podpis wnioskodawcy)**