**Załącznik Nr 1 do umowy Nr ………. / 2021**

Nazwa i adres podmiotu szkolącego…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

NIP …………………………………

**W Y K A Z**

kierowników specjalizacji sprawujących nadzór nad lekarzem/ lekarzem dentystą odbywającym szkolenie specjalizacyjne w podmiocie szkolącym

w …………………..kwartale 2021 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa specjalizacji | Imię i nazwisko  Kierownika  specjalizacji | PWZ  Kierownika  Specjalizacji | Imię i nazwisko nadzorowanego lekarza | Okres, w jakim kierownik specjalizacji sprawował nadzór | | Liczba dni braku bezpośredniego nadzoru kierownika specjalizacji | Liczba dni nieobecności lekarza | Kwota wydatków poniesionych przez Podmiot z tytułu wypłaty dodatku dla kierownika specjalizacji | | | | Ogółem |
|  |  |  |  |  | data  rozpoczęcia | data  zakończenia |  |  | dodatek do wynagrodzenia | składka na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy | składka na ubezpieczenie wypadkowe \* | składka na Fundusz Emerytur Pomostowych | Suma kolumn 11-14 |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* | *14* | *15* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |  |  |  |

\*składka na ubezpieczenie wypadkowe wynosiła ………………%

Sporządził (imię i nazwisko i podpis)…………………………….

Tel kontakt………………..e mail………………………………..

Podpis i pieczątka osoby reprezentującej Podmiot…………………………………………………

Podpis i pieczątka Głównego Księgowego ……………………………………………………. Podpis i pieczątka Kierownika Kadr ………………………………………………………….