**Załącznik Nr 1 do umowy Nr ………. / 2023**

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 2023 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa specjalizacji | Imię i nazwiskoKierownikaspecjalizacji | PWZKierownikaSpecjalizacji | Imię i nazwisko nadzorowanego lekarza | Okres, w jakim kierownik specjalizacji sprawował nadzór | Liczba dni braku bezpośredniego nadzoru kierownika specjalizacji |  | Dodatek do wynagrodzenia | Kwota wydatków poniesionych przez Podmiot z tytułu wypłaty dodatku dla kierownika specjalizacji | Ogółem |
| Miesiąc | Liczba dni nieobecności lekarza |
| od dnia | do dnia |  | Składka na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy  | Składka na ubezpieczenie wypadkowe \* | Składka na Fundusz Emerytur Pomostowych | Suma kolumn 10-13 |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7**9* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* | *14* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |  |  |

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

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

Tel kontaktowy………………..e mail………………………………..

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

Podpis i pieczątka Głównego Księgowego …………………………………………………….

Podpis i pieczątka Kierownika Kadr ………………………………………………………….