***PG1-PO2-F1- 4***

******

**WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**DZIAŁ MARKETINGU I PROMOCJI ZDROWIA ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław, tel. 71/ 77 47 797 fax 71/ 77 47 771,**

**e-mail marketing@wzsoz.wroc.pl**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY NA USŁUGI Z ZAKRESU PORADNI MEDYCYNY PRACY**

**Oznaczenie podmiotu** ..................………………………………....….............................…..............………………………....……………..

W przypadku prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej nr **PESEL** □□□□□□□□□□□

w przypadku podmiotów wpisanych do Krajowego Rejestru Sądowego nr **KRS** □□□□□□□□□□□□□ **CEIDG** □

w przypadku podmiotu niewpisanego do KRS oraz niedziałającego na podstawie wpisu do CEIDG proszę podać status prawny

.................................................................................................................................................................................

**Adres** …………………………………………..........................................…………….............................................…..….……………..

**Adres do korespondencji** …………………………………………………...............................................................................…………..

**NIP** □□□□□□□□□□

**Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu:**

Imię i nazwisko ……….....................................................................................................................................................

Stanowisko ..................................................................................................................................................................

**Osoba upoważniona do kontaktów:**

Imię i nazwisko ……………………..……………................………..……................................................................……………………..

Telefon kontaktowy ………..…………………………………………………..…………………….................................................................

Adres e-mail ………………..……………………..…………………………….....................................................……..…………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | od \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ do \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ | | | | |
|  | **OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY** | dzień miesiąc | rok | dzień miesiąc | | rok |
|  |  |
|  |  | ***umowa może być zawarta na okres co najmniej 12 miesięcy, jednak nie dłużej niż 3 lata*** | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICZBA ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW** |  | **□** |  |  | **□** |
|  | **(właściwe zaznaczyć X)** | **DO 9 OSÓB** | **POWYŻEJ 9 OSÓB** | |
|  | **STANOWISKA PRACY** | …..……………………………… | | | …………………..………….………. | |
|  |  | …..……………………………… | | | …………………..………….………. | |
|  |  | …..……………………………… | | | …………………..………….………. | |
|  |  | …..……………………………… | | | …………………..………….………. | |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ZLECENIODAWCA WYRAŻA ZGODĘ NA POSZERZENIE ZAKRESU BADAŃ DODATKOWYCH POZA WSKAZÓWKI METODYCZNE**

**O NASTĘPUJĄCE BADANIA: *(właściwe proszę zaznaczyć X)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **badania laboratoryjne: OB., morfologia, badanie ogólne moczu** | **TAK** | **□** | **NIE □** |
|  |  |  |  |
| **dla pracownikom powyżej 50 roku życia - glukoza we krwi, EKG** | **TAK** | **□** | **NIE □** |
| **dla osób zajmujących stanowiska decyzyjne o badanie: lipidogram, glukoza** | **TAK** | □ | **NIE** □ |

**Pieczątka podmiotu** **Data i podpis Wnioskodawcy**