

Rejestr godzin realizacji umowy o szkolenie specjalizacyjne

Rozliczenie liczby godzin realizacji szkolenia do umowy o szkolenie specjalizacyjne nr.....

wLekarz odbywający szkolenie.....
(miesiąc, rok) (imię i nazwisko)

Dzień miesiąca	Liczba godzin		Podpis lekarza odbywającego szkolenie	Podpis Kierownika Specjalizacji/ Opiekuna Stażu Kierunkowego
	Szkolenie specjalizacyjne*	Dyżur medyczny**		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
Ogółem:			*lekarz cywilny/wojskowy realizuje szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji w dni robocze w wymiarze czasu pracy 7 godzin 35 min. dziennie (35 min : 60 min = 0,58; 7 h 35 min = 7,58) **lekarz cywilny/wojskowy pełni dyżury medyczne zgodnie z programem specjalizacji w wymiarze przeciętnie 10 godzin 5 minut na tydzień tj. 40h 20min na miesiąc (5 min : 60 min = 0,08; 10 h 5 min = 10,08)	
Łącznie:				

Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym

Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Specjalizacji)

.....
(podpis i pieczętka Opiekuna stażu kierunkowego)

RACHUNEK DO UMOWY O SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE Nr.....

Nazwisko i imię

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szkolenie specjalizacyjne od dnia¹

--	--	--	--	--	--	--	--

 do dnia

--	--	--	--	--	--	--	--

wg stawki przewidzianej w umowie o szkolenie specjalizacyjne Nr..... w ilości (zgodnie z rejestrem godzin realizacji umowy o szkolenie specjalizacyjne)

Rachunek dla Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie ul. Szaserów 128, za wykonanie szkolenia wg umowy, złotych(słownie: zł)

Wynagrodzenie proszę przesłać na moje konto, wskazane w umowie o szkolenie specjalizacyjne.

.....
(podpis lekarza odbywającego szkolenie)**Przedmiotem umowy jest realizacja szkolenia specjalizacyjnego. Stwierdzam, że szkolenie zostało wykonane i odebrane zgodnie z umową oraz z terminem określonym w umowie. Efekt pracy znajduje się w:**

(Klinika /Oddział).....

Wynagrodzenie za wyżej wymieniony okres wypłacone będzie zgodnie z uregulowaniami zawartymi w umowie o szkolenie specjalizacyjne......
(data, podpis i pieczęć Kierownika Specjalizacji)**OŚWIADCZENIE**

I. Ja niżej podpisany(a) na podstawie art.80 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.Nr 137, poz.887 z późniejszymi zmianami) oświadczam, że:

1. jestem pracownikiem.....
i objęty(a) jestem obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu
..... na czas².
2. prowadzę działalność gospodarczą od dnia do i z tego tytułu odprowadzam/nie odprowadzam* składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.
3. ze wszystkich źródeł zatrudnienia, w miesiącu wykonywania umowy zlecenia, uzyskałem / nie uzyskałem* wynagrodzenie w kwocie równej bądź wyższej od minimalnego wynagrodzenia, ogłoszanego przez MP i PS w Monitorze Polskim.. W załączeniu przedstawiam stosowne zaświadczenie.
4. pobieram emeryturę / rentę*
5. jestem pracownikiem cywilnym WIM / żołnierzem zawodowym WIM*
6. jestem bezrobotny(a) z prawem / bez prawa do zasiłku*
7. jestem studentem i nie ukończyłem/am *26 roku życia /w załączeniu przedstawiam zaświadczenie

II. Ja niżej podpisany(a) upoważniam płatnika do zgłoszenia i wyrejestrowania z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego wynikających z tytułu zawartej umowy

Oświadczam, że powyższe dane wypełniłem/am zgodnie ze stanem faktycznym, świadomy/a odpowiedzialności, oraz zobowiązuję się **niezwłocznego (maksymalnie do 5 dni)** poinformowania Zleceniodawcy o zaistniałych zmianach w tym o zmianie swojej sytuacji ubezpieczeniowej. Jeśli na skutek podania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym lub nieprzekazania informacji o zmianie swojej sytuacji ubezpieczeniowej płatnik będzie zobowiązany opłacić za zleceniobiorcę składki na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne zobowiązuję się do zwrotu składek w części finansowanej ze środków ubezpieczonego oraz całości należnych odsetek. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz.U. z 1997 Nr 88, poz. 553, z późn.zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane wyżej informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(podpis lekarza odbywającego szkolenie)¹ Pisać wg wzoru: dd/mm/rr² Wskazać tytuł i czas ubezpieczenia np. umowa o pracę na czas nieokreślony, umowa – zlecenie

* / niepotrzebne skreślić