



Załącznik nr 4

do regulaminu rekrutacji projektu

„DZIAŁANIA ANTYDYSKRYMINACYJNE W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA” wybranego do dofinansowania w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

Zaświadczenie o zatrudnieniu/pełnieniu obowiązków przedstawiciela

Niniejszym zaświadcza się, że:

Pan/Pani:

.....

Zamieszkały/zamieszkała:

.....

Jest przedstawicielem podmiotu leczniczego/zatrudniony/zatrudniona* w firmie:

.....

.....

.....

.....

(nazwa podmiotu leczniczego/ pracodawcy *, adres siedziby, NIP,REGON)

Jako właściciel/na podstawie umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej/kontraktu*

Od dnia

Miejsce wykonywania pracy/obowiązków służbowych *:

.....

.....

.....

.....

(nazwa podmiotu leczniczego/pracodawcy, adres)

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby udziału **„DZIAŁANIA ANTYDYSKRYMINACYJNE W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA”** wybranego do dofinansowania w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

.....

.....

(miejscowość, data)
(podpis i pieczęć przedstawiciela

podmiotu leczniczego/ pracodawcy)



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



*niepotrzebne skreślić