

Skierniewice, dnia

.....
(IMIĘ I NAZWISKO)

.....
(DZIAŁ/ODDZIAŁ)

.....
(NR TELEFONU)

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
im. Stanisława Rybickiego
w Skierniewicach

WNIOSEK O ZAWARCIE/ PRZEDŁUŻENIE/ZMIANĘ WARUNKÓW UMOWY

Zwracam się z prośbą o

Uzasadnienie

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

.....
(PODPIS WNIOSKODAWCY)

- **Opinia bezpośredniego przełożonego z uzasadnieniem (*)**

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

.....
(DATA)

.....
(PIECZĄTKA I PODPIS)

- **Opinia Zastępcy Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej/Naczelnej Pielęgniarki (*)**

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

.....
(DATA)

.....
(PIECZĄTKA I PODPIS)

- **Opinia Kierownika Działu Spraw Pracowniczych**

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

.....
(DATA)

.....
(PIECZĄTKA I PODPIS)

- **Opinia Głównej Księgowej (skutki finansowe w skali miesiąca i roku)**

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

.....
(DATA)

.....
(PIECZĄTKA I PODPIS)

- **Decyzja Dyrektora**

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

.....
(DATA)

.....
(PIECZĄTKA I PODPIS)

(*) jeśli dotyczy

RADCA PRAWNY
Dominik Kuczyński

BD - 1511