**PŘÍSLIB POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB O ZAMĚSTNÁNÍ ŽADATELE O DOTACI**

Zaměstnavatel:

Název poskytovatele zdravotních služeb, IČO:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresa místa výkonu práce:

…………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………

bude zaměstnávat žadatele o dotaci v programu Dostupná zdravotní péče v Jihočeském kraji 2023:

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………………………………….………….

Datum narození:……………………………………………………………………………………………………………………….………….

Bydliště:………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

v oboru zdravotní péče: ……………………………………………………………..………………..………………………………………

plánovaný nástup od: …………………………………………………..……….……………………………………….……..………….…

výše pracovního úvazku/ rozsah poskytované péče v hodinách:………………………………….………………….……

V………………………..…………………… dne ……………..………

……………………………………………………………….………………………………..

Razítko, jméno a příjmení osoby oprávněné jednat za zaměstnavatele

…………………………………………………………………

podpis