

ZOBOWIĄZANIE ROZWIĄZANIA UMOWY O PRACĘ

(Dotyczy tylko osób aktualnie zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w WPZP)

Ja niżej podpisany:

.....
.....
zobowiązuje się wystąpić z wnioskiem o rozwiązanie ze mną umowy o pracę na zasadzie porozumienia stron z Wojewódzką Przychodnią Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy w przypadku zawarcia ze mną umowy na realizację umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie porad specjalistycznych wykonywanych na rzecz pacjentów Poradni:

.....
.....
w Bydgoszczy przy ul.:

.....
data i podpis Oferenta