



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	
Κατηγορία:		Κλάδος:		Βαθμός:	
Υπηρεσία:		Θέση:		Ειδικότητα:	

ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Μητρώου Προσωπικού του Νοσοκομείου μας, ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία υπάλληλος διορίσθηκε στο Νοσοκομείο στις με το ΦΕΚ σε κενή οργανική θέση του κλάδου με βαθμό και

Ο/Η Συντάξας/σα

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Προϊστάμενος/η
Τμήματος Προσωπικού

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή - σφραγίδα)