Załącznik nr 6

WZÓR

…………………… …….……………….. *nazwa i adres podmiotu miejscowość i data*

**UMOWA O PRACĘ**

zawarta na czas określony od dnia: ………………………. do dnia…………………………...

między pracodawcą:……………………………………………………………………………..

reprezentowanym przez: …………………………………………………………………………….

a lekarzem stażystą………………………………………………………………….

zamieszkałym: …………………………………………………………………………………..

1. Strony ustalają następujące warunki zatrudnienia:

1) praca na stanowisku **lekarza stażysty;**

2) zakres wykonywanej pracy, w tym dyżury medyczne - realizowany zgodnie z ramowym programem stażu podyplomowego;

3) wymiar czasu pracy – pełny etat;

4) wynagrodzenie zasadnicze:

stawka płacy zasadniczej w wysokości: …………….. zł miesięcznie (słownie zł: ….…………………………………)

*Podstawa prawna:**ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139).*

2. Dyżury medyczne pełnione według harmonogramu ustalonego z opiekunem.

3. Za każdą godzinę dyżuru medycznego pełnionego w porze dziennej oraz nocnej przysługuje wynagrodzenie w wysokości 125% stawki godzinowej zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego.

4. Niniejsza umowa sporządzona zostaje w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla pracodawcy i dla lekarza stażysty.

*Podstawa prawna: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.);*

*Do czasu pracy lekarza stażysty stosuje się odpowiednio przepisy art. 93, art. 95 i art. 97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.).*

……….………………………… ………….…………………………

*czytelny podpis lekarza stażysty czytelny podpis pracodawcy lub osoby   
 reprezentującej pracodawcę*

Oświadczam, że jeden egzemplarz niniejszej umowy otrzymałem/am\* i po zapoznaniu się z jej treścią zaproponowane mi warunki pracy i wynagrodzenia przyjmuję. Równocześnie przyjmuję do wiadomości treść obowiązującego w zakładzie Regulaminu Pracy i oświadczam, że zobowiązuję się do przestrzegania porządku i dyscypliny pracy oraz realizacji programu stażu podyplomowego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

…………………………………….. ……..…………………………………

*data i podpis lekarza stażysty data i podpis przyjmującego oświadczenie*