**EK-4c**

**DİĞER SAĞLIK PERSONELİ ÇALIŞMA SÖZLEŞMESİ/GÖREVLENDİRMESİ**

**İşyerinin :**

Unvanı:

Adresi:

Tel No: Faks No: E-posta:

SGK Sicil No:

Faaliyet alanı:

Tehlike sınıfı: Toplam çalışan sayısı:

**Diğer Sağlık Personelinin :**

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik No:

SGK Sicil No:

Diploma Tarih ve No:

Belge Tarih ve No:

Hizmet vereceği süre (Saat/Ay):

Adresi:

Tel No: Faks No: E-posta:

**Diğer Sağlık Personeli Olarak Hizmet Verdiği Diğer İşyerlerinin:**

(Bu sözleşme döneminde varsa çalışılan işyerleri yazılacaktır.)

Unvanı:

Adresi:

Faaliyet alanı:

Tehlike sınıfı:

Çalışan sayısı:

SGK Sicil No:

Çalışma Süresi (Saat/Ay):

**Diğer Sağlık Personeli Hizmeti Vermeden Çalıştığı İşler/İşyerleri:**

(Bu sözleşme döneminde varsa çalışılan işyerleri yazılacaktır.)

Unvanı:

Adresi:

Faaliyet alanı:

SGK Sicil No:

Çalışma Süresi (Saat/Ay):

**Tarih**

**Diğer Sağlık Personeli İşveren/İşv.Vek.**  **İmza İmza – Kaşe**