Zał. nr 3c do umowy Nr……………../DA/2025/TURN

………………………………………….…………. …………….. dnia …..……………………….

(Nazwa i adres podmiotu kierującego) (miejscowość)…………. (data wystawienia skierowania)

**SKIEROWANIE PRACOWNIKA NA TURNUS LECZNICZO-PROFILAKTYCZNY nr……………**

**Dane pracownika1)**

U Pani/Pana .......................................................................................……………………………nr PESEL: ………………………

(imię i nazwisko)

zam. ................................................................................................................................................................................................................

(adres zamieszkania, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu)

zatrudnionego w: ............................................................................................................................................................................................

(nazwa i adres jednostki organizacyjnej)

Nr telefonu kontaktowego:……………………………………………..

…………….………………………………………………..

(data, pieczęć i podpis osoby wydającej druk skierowania)

**po uzyskaniu wpisu o wskazaniach lekarza:**

po przeprowadzeniu badania w dniu …………. stwierdzam istnienie/nieistnienie\* wskazań do skierowania pracownika  
 na turnus leczniczo – profilaktyczny2

…………….………………………………………………..

(data, pieczęć i podpis lekarza)

**wraz z :**

**pełnoletnim najbliższym członkiem rodziny2)**

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

(imię i nazwisko)

data urodzenia:……………………………. stopień pokrewieństwa: ……………………………………………...........................................

**kieruję na:**

**turnus leczniczo-profilaktyczny w wojskowym szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym**

(wskazanie podmiotu prowadzącego turnus oraz terminu pobytu3))

……………………........................................................................................................ w terminie od ....................... do …...........................

(Nr wojskowego szpitala uzdrowiskowo - rehabilitacyjnego i miejscowość)

…………….………………………………………………..

(data, pieczęć i podpis podmiotu kierującego)

......................................................

..................................................

\*  niepotrzebne skreślić

1 Wypełnia komórka kadrowa podmiotu kierującego.

2 Wypełnić w przypadku objęcia wnioskiem także pełnoletniego najbliższego członka rodziny.

3 Termin pobytu należy uzgodnić z biurem obsługi kuracjusza wojskowego szpitala uzdrowiskowo – rehabilitacyjnego, po uzyskaniu wpisu,   
o którym mowa w § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie turnusów leczniczo-profilaktycznych dla pracowników wykonujących zadania poza granicami państwa (Dz. U. poz. 1122), przed podpisaniem i wydaniem skierowania przez właściwy podmiot kierujący