

**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Kielcach
im. św. Jana Pawła II
25-375 Kielce ul. Wojska Polskiego 51
NIP: 657-181-33-14
Regon: 290391139**

Kielce, dn. r.

UMOWA O PRACĘ

Zawarta w dniu.....r.

Między **Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II**, reprezentowanym przez **Dyrektora Grzegorza Kaletę**,
a Panią/Panem.....
adres.....
na okres próbny /czas określony/czas nieokreślony.....

Strony ustalają następujące warunki zatrudnienia:

1. Rodzaj umówionej pracy.....
2. Miejsce wykonywania pracy **SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II**
3. Wymiar czasu pracy.....
4. Wynagrodzenie brutto:.....zł (słownie:),
grupa zawodowa wg kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku na podst. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych ,stawka zasadnicza w/g kategorii zaszeregowania ,dodatek stażowy (po 5 latach stażu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze).
Podstawa prawna: Regulamin wynagradzania pracowników SP ZOZ MSWiA w Kielcach wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Kielcach Nr 4/2019 z dn. 29.01.2019r.
5. Inne warunki zatrudnienia
wymiar urlopu wypoczynkowego i okres wypowiedzenia zgodnie z Kodeksem Pracy

Dzień rozpoczęcia pracy: r.

(data i podpis pracownika)

(podpis pracodawcy)