

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a).....

Zamieszkały(a).....

Numer PWZ (prawo wykonywania zawodu):.....

Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Opolu.

.....

data i podpis Pracownika