

Wrocławskie Centrum Zdrowia  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Podróźnicza 26-28  
53-208 Wrocław

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)

.....

urodzony(a) ..... w .....

wykonujący(a) usługi na innej podstawie niż stosunek pracy we Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Podróźnicza 26-28, 53-208 Wrocław oświadczam, że posiadam aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia BHP.

Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie.

.....  
data i podpis