

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