

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Ja niżej podpisany/a,

.....

niniejszym oświadczam, o braku przeciwwskazań do zajmowania stanowiska Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Górze Kalwarii wynikających z przepisu art. 4 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997r. o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby pełniące funkcję publiczną (Dz. U. 2023 poz. 1090).

.....

Data i podpis kandydata