…………………………………………………………

imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

 **OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że wszystkie niezbędne dokumenty wymagane do złożenia oferty znajdują się w Dziale Kadr w Zespole Opieki Zdrowotnej w Szczytnie.

…………………………………………………………

Data i podpis oferenta