

Załącznik nr 5 do OGŁOSZENIA
o konkursie na stanowisko Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Świdniku

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

.....
(tel. kontaktowy)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że złożona przeze mnie koncepcja funkcjonowania i rozwoju Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Świdniku na najbliższe 6 lat jest moim autorskim opracowaniem.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)