

Oświadczenie
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do zajmowania funkcji
Wiceprezesa Zarządu ds. Restrukturyzacji i Zagospodarowania Majątku

Ja niżej podpisany

zamieszkały.....

legitymujący się dowodem osobistym

wydanym przez

oświadczam

iż mój stan zdrowia pozwala na pełnienie funkcji Wiceprezesa Zarządu ds. Restrukturyzacji i Zagospodarowania Majątku.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)