

Załącznik Nr 3 do Regulaminu Pacjenta
Standaryzowanego

OŚWIADCZENIE KANDYDATA
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy
do celów rekrutacji

Ja niżej podpisany\a
zamieszkały(a)

.....
legitymujący(a) się dowodem osobistym
wydanym przez

.....
oświadczam, iż mój stan zdrowia **pozwala mi na wykonywanie pracy w charakterze Pacjenta**
Standaryzowanego.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)