………………………………………… Wolsztyn, dnia …………………………

 (Imię i nazwisko)

…………………………………………..

 (Adres)

 Powiatowy Lekarz Weterynarii

 W Wolsztynie

Oświadczenie

Oświadczam, że:

* posiadam obywatelstwo polskie,
* nie byłem/łam karany/na za przestępstwa karno – skarbowe,
* mam pełną zdolność do czynności cywilno – prawnych,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych celu zawarcia umowy zlecenie oraz realizacji tej umowy w czasie jej obowiązywania.

 ………………………………………

 (data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)