………………………………………… 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)