



.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

Szpital Barlinek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Szpitalna 10
74-320 Barlinek

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że poszukuję pracy.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU