…………………………………………….

Data

**Oświadczam**

że, posiadam odpowiednią kadrę i odpowiednie środki do wykonania usług opieki medycznej lekarza psychiatry dla wychowanek OOW w Koronowie

Podpis

……………………………………..

data

**Oświadczam**

że, prowadzę działalność gospodarczą.

Podpis