

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PRACY

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia przeze mnie  
czynności związanych z .....

.....  
w ramach umowy zlecenia w firmie:



.....  
(podpis pracownika)

.....  
(data wpływu do BR LOGOS i podpis pracownika)

Konsorcjum Polskich  
Biurow Rachunkowych

KP  
BR