

**OŚWIADCZENIE
O PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym.....

wydanym przez

Oświadczam, że:

- 1) znane mi są przepisy ustawy z dnia 21 sierpnia 1997r. o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby pełniące funkcje publiczne (test jednolity Dz. U. 2017. 1393) oraz wynikające z art. 4 wyżej wskazanej ustawy zakazy prowadzenia działalności gospodarczej,
- 2) z chwilą powołania na stanowisko Dyrektora Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach zobowiązuję się do zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej oraz innych form aktywności gospodarczej określonych w art.4 ww. ustawy.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)