******

  **Powiat Proszowicki**

 Załącznik nr 2

 (oświadczenie)

***Znak sprawy: Z.8023.10 .2021***

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeprowadziłam/em audyt w obszarze działalności zakładów opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | NAZWA PODMIOTU  | ROK |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………. …….. ……………. (miejscowość i data) (podpis)

Zgodnie z art. 233. § 1. Kodeksu karnego, Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma (y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia