**Oświadczenie**

**o braku przeciwskazań zdrowotnych do zajmowania funkcji**

**Prezesa Zarządu / Wiceprezesa Zarządu ds. ………….**

Ja niżej podpisany ……………………………………………………………………………….

zamieszkały……………………………………………………………………………………..

legitymujący się dowodem osobistym …………………………………………………………..

wydanym przez ………………………………………………………………………………….

**oświadczam**

iż mój stan zdrowia pozwala na pełnienie funkcji ……………………………………………….

(podać nazwę funkcji)

…………………………………………… ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis)