……………………………………………..

miejscowość, data

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………..
imię i nazwisko

oświadczam, że z chwilą podjęcia zatrudnienia w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Katowicach, na stanowisku …………………………………………………, nie będę prowadził/a działalności gospodarczej podlegającej nadzorowi inspekcji farmaceutycznej (konflikt interesów).

…………………………………………..

czytelny podpis składającego oświadczenie