Załącznik nr 8 *do szczegółowych warunków konkursu ofert z dnia 11.01.2019 r.*

…….
Imię i nazwisko

…….

…….
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie mojego wynagrodzenia za udzielane świadczenia na osobiste konto bankowe:

……..
Nazwa Banku i numer oddziału

……
Adres banku

Pełny nr konta bankowego

Jednocześnie zobowiązuję się do zawiadomienia Udzielającego Zamówienia na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących podanych wyżej informacji.

…… ……..
Miejscowość i data Podpis pracownika