**Oświadczenie**

Oświadczam, że jako kluczowy biegły rewident przeprowadzałem badanie sprawozdań finansowych następujących podmiotów leczniczych będących w 100% własnością samorządu Powiatu:

1. Za rok………………………..:

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

1. Za rok………………………..:

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

1. Za rok………………………..:

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

1. Za rok………………………..:

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

-…………………………………………………………………………………………\*

\* proszę wpisać nazwę i adres jednostki służby zdrowia.

Miejscowość, data ….… Podpis ……………………