

Łódź, dnia

Imię i nazwisko pracownika

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem zapoznany z Regulaminem Pracy i Regulaminem Wynagradzania obowiązującymi w firmie „Hammermed Medical Polska Sp. z o.o.” S.K.A. z siedzibą w Łodzi ul. Kopcińskiego 69/71

podpis