*Załącznik nr 7 do Regulaminu korzystania*

 *z systemu biblioteczno-informacyjnego Uniwersytetu Opolskiego*

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)……....……………………………………………………………………

Zamieszkały(a)…….……………………………………………………………………………

Numer PWZ (prawo wykonywania zawodu):…………………..………………………………

Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Opolu.

……………………………………………….

 *data i podpis Pracownika*