|  |
| --- |
| *……………………….……………………* |
| *(Miejscowość, data)* |

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany………………………………………………………………………

(*Imię i nazwisko)*

oświadczam, że:

a) świadczenie przeze mnie usług weterynaryjnych w ramach prowadzonego zakładu leczniczego dla zwierząt / …………………………..

b) nie świadczę usług weterynaryjnych poza zakresem wyznaczenia przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kole, co

nie powoduje konfliktu interesów w związku z wykonywanymi czynnościami w ramach wyznaczenia do realizacji zadań Inspekcji Weterynaryjnej na terenie powiatu kolskiego, nie występują okoliczności, o których mowa w art. 24 § 1 oraz § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2020 r. poz. 256 z późn. zm.)

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Lekarza Weterynarii w Kole o każdej zmianie powodującej możliwość wystąpienia konfliktu interesów oraz zaistnieniu okoliczności, o których mowa w art. 24 § 1 oraz § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

|  |
| --- |
| ………………………………………………………….. |
| *(Podpis i pieczęć osoby składającej oświadczenie)* |