

**Oświadczenie**

Ja ..... wyrażam zgodę, aby administrator Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Dolnośląskiego Zespołu Szkół przy Wielospecjalistycznym Szpitalu w Miliczu kontaktował się w sprawach dot. korzystania z w/w funduszu za pomocą:

- poczty elektronicznej na adres .....,
- telefonicznie na nr telefonu .....,
- poczty tradycyjnej na adres .....

.....  
(czytelny podpis)

\*właściwe podkreślić