**17. OŚWIADCZENIE O BRAKU POKREWIEŃSTWA LUB POWINOWACTWA**

Oświadczam, że nie jestem współmałżonkiem, krewnym do drugiego stopnia w linii prostej lub bocznej lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej lub bocznej pracownika Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

 …………………………. ……………………………

Data: Czytelny podpis