

**Zobowiązanie**

*( dotyczy tylko osób aktualnie zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w WPZP)*

Ja niżej podpisany .....  
zobowiązuje się wystąpić z wnioskiem o rozwiązanie ze mną umowy o pracę na  
zasadzie porozumienia stron z Wojewódzką Przychodnią Zdrowia Psychicznego w  
Bydgoszczy w przypadku zawarcia ze mną umowy na realizację umowy o udzielanie  
świadczeń zdrowotnych w zakresie porad specjalistycznych wykonywanych na rzecz  
pacjentów Poradni

.....

.....

w Bydgoszczy ul. ....

.....

podpis oferenta

Bydgoszcz , dnia .....