

.....  
Imię i nazwisko

.....  
miejsowość, data

.....  
Adres zamieszkania

.....

### **Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

Niniejszym oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy określonej w zapytaniu ofertowym tj.: „Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi ” w formie terapii .....

.....  
podpis