

.....
Imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Niniejszym oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy określonej w zapytaniu ofertowym pn: ***Prowadzenie zajęć/warsztatów w ramach projektu pn.: „Profesjonalna pomoc społeczna” na rzecz osób starszych, w tym organizacja warsztatów finansowanych ze środków Wojewody Małopolskiego i środków własnych Gminy Kalwaria Zebrzydowska – zajęcia pn:***

.....
podpis