

.....
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 pn: **Prowadzenie zajęć/warsztatów w ramach programu wieloletniego „Senior +” na lata 2021-2025 edycja 2023 dla 30 uczestników Klubu Seniora finansowanego ze środków Wojewody Małopolskiego i środków własnych gminy Kalwaria Zebrzydowska**
pn:

.....
podpis