

.....  
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 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 pn: „Odtwórz tradycję”.***

.....  
podpis