

.....
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: **Opiekun / animator dla 30 uczestników Klubu „Senior +” w Kalwarii Zebrzydowskiej w ramach wieloletniego programu „Senior + na lata 2021-2025” - edycja 2024, finansowanego ze środków Wojewody Małopolskiego i środków własnych gminy Kalwaria Zebrzydowska.**

.....
podpis

