

.....  
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 ruchowych z elementami gimnastyki, pilatesu, jogi, tańca w ramach programu wieloletniego „Senior +” na lata 2021-2025 edycja 2024, dla 30 uczestników Klubu Seniora, finansowanego ze środków Wojewody Małopolskiego i środków własnych gminy Kalwaria Zebrzydowska***

.....  
podpis