Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego
z dnia 10.04.2025 r.

…… ……
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: ***„Świadczenie usługi polegającej na prowadzeniu specjalistycznego poradnictwa psychologicznego dla mieszkańców Gminy Kalwaria Zebrzydowska”***

……
podpis