Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego
z dnia 06.08.2024 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: ***Prowadzenie warsztatów kulinarnych w ramach programu wieloletniego „Senior +" na lata 2021-2025 edycja 2024, dla uczestników Klubu Seniora finansowanego ze środków Wojewody Małopolskiego i środków własnych gminy Kalwaria Zebrzydowska.***

……
podpis