

.....
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