

.....

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

.....

podpis