

.....

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 obsługi prawnej dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej”**

.....

podpis