

.....
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 samoobrony z elementami pierwszej pomocy w ramach programu wieloletniego „Senior +” na lata 2021-2025 edycja 2025, dla uczestników Klubu Seniora finansowanego ze środków Wojewody Małopolskiego i środków własnych gminy Kalwaria Zebrzydowska”**

.....
podpis