

.....
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: **„Opiekun/animator Klubu Senior + w Kalwarii Zebrzydowskiej, dla uczestników Klubu Seniora finansowanego ze środków własnych gminy Kalwaria Zebrzydowska”**

.....
podpis

