

.....

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 dodatkowego wsparcia informatycznego w obszarze pomocy społecznej dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej**”

.....

podpis