

.....
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: **„Świadczenie usługi polegającej na prowadzeniu dodatkowego wsparcia informatycznego w obszarze pomocy społecznej dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej”**

.....
podpis