

.....
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 opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności”**.

.....
podpis