
(imię i nazwisko)

(miejscowość, data)

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM
NA WYKONYWANIE CZYNNOŚCI OKREŚLONYCH
W ZAPYTANIU OFERTOWYM

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie czynności określonych w zapytaniu ofertowym:

„Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021r.”

(podpis)