Miejscowość, data…………………………..

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

Nazwa i adres wykonawcy

PESEL, NIP, REGON

…………………………………………….

Telefon kontaktowy i adres e-mail

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Strzelińska 12 D

62-550 Wilczyn

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na świadczenie usług …..…..……………….…… Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

“Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

............................................................................

/ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie /