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 /