

Załącznik nr 4 do Zapytania Ofertowego

**Świadczenie usług przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla uczestników projektu
DDOM GŁOGÓW**

.....
(miejscowość, data)

.....

.....
(imię i nazwisko oraz pesel)

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na realizację usługi opisaną w w/w zapytaniu.

.....
(podpis)