



**Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"**

Załącznik nr 7

OŚWIADCZENIE

Oświadczenie wykonawcy o realizacji usługi medycznej/ rehabilitacyjnej/ operacyjnej*

Ja niżej podpisany/a działając w imieniu
wykonawcy.....

oświadczam, że usługa określona jako.....

dla.....

na poczet której Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich „Nasze Zagłębie” z siedzibą w
Czeladzi dokonała opłaty w kwocie.....

została zrealizowana/nie zrealizowana* zgodnie z zamówieniem.

Podpis wykonawcy

Rekomendacja uczestnika/opiekuna

Ja niżej podpisany/a potwierdzam/ nie potwierdzam* wykonanie w/w usługi bez zastrzeżeń/z
zastrzeżeniami*

.....
.....

Podpis uczestnika/opiekuna

* niepotrzebne skreślić

*Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"
41-250 Czeladź
ul. Wojkowska 2*

1% KRS 0000364986
www.fundacjanaszczaglebie.com.pl
tel. 791-398-062, 504-062-665
fundacjanaszczaglebie@gmail.com



**Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"**

*Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"
41-250 Czeladź
ul. Wojkowska 2*

1% KRS 0000364986
www.fundacjanaszezaglebie.com.pl
tel. 791-398-062, 504-062-665
fundacjanaszezaglebie@gmail.com