

Imię i nazwisko .....

Kod pocztowy   -    .....

(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok.....

## O Ś W I A D C Z E N I E

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

– OBSZAR C – ZADANIE 2

Ja/ mój podopieczny\* .....

(imię i nazwisko Wnioskodawcy/ podopiecznego )

niniejszym oświadczam, iż:

uzyskałem/am  nie uzyskałem/am

w danym roku dofinansowania refundacji lub dotacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia  
na cel objęty umową dofinansowania

....., dn. ....

.....

podpis Wnioskodawcy

\* należy zaznaczyć właściwe