

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 5

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