



OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZAŁOŻONYCH W PROJEKCIE W RAMACH NFZ

na potrzeby projektu Mówimy NIE! niesamodzielności”

nr projektu RPSW.09.02.03-26-0012/19

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

Oświadczam, iż nie jestem objęty/a wsparciem tego samego typu w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia .

*Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w Regulaminie w punkcie VIII, podpunkt 2.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis UP

