

OŚWIADCZENIE

O UZYSKANIU LUB NIEUZYSKANIU W DANYM ROKU DOFINANSOWANIA, REFUNDACJI LUB DOTACJI ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA NA CEL OBJĘTY UMOWĄ DOFINANSOWANIA

Ja niżej podpisany(a).....

(imię i nazwisko)

Zamieszkały(a).....

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Nie uzyskałem w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania.
2. Uzyskałem w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania.

(wstaw X we właściwej rubryce)

Prawdziwość powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość) (data)

.....
(podpis Beneficjenta pomoc)