

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i Nazwisko Podopiecznego/Rodzica lub innego opiekuna prawnego

.....
Adres

.....
Adres cd.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nasza sytuacja materialna nie pozwala na samodzielne sfinansowanie leczenia i rehabilitacji Podopiecznego lub innych związanych z nim wydatków.

.....
Czytelny podpis Podopiecznego/Rodzica
lub innego opiekuna prawnego