

Białystok,

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

Oświadczenie

Oświadczam, iż w 2023 roku mój podopieczny / moje dziecko* **uzyskał/o / nie uzyskał/o***
dofinansowania, refundacji oraz dotacji ze środków NFZ do

.....
.....
.....
.....
.....

**niewłaściwe skreślić*

.....
(podpis)