

Białystok,

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

Oświadczenie

Oświadczam, iż w 2023 roku **uzyskałem/am / nie uzyskałem/am*** dofinansowania, refundacji
oraz dotacji ze środków NFZ do

.....

.....

.....

.....

.....

**niewłaściwe skreślić*

.....
(podpis)