Załącznik nr 1

……………………………………………
 Miejscowość, data

……………………………………………………………………….|
Imię i nazwisko

……………………………………………………………………….
Adres

……………………………………………………………………….
Adres cd.

**O Ś W I A D C Z E N I E**

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

………………………………………………………
Czytelny podpis