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