

....., dnia

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dochody netto przypadające na jednego członka mojej rodziny w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej wniosły:

.....
Podpis

....., dnia

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury przyznawania zapomóg zdrowotnych zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000).

.....
Podpis

Przyznaną zapomogę zdrowotną proszę przelać na konto o numerze:

.....

.....
Podpis