

....., dnia .....

## OŚWIADCZENIE

### O UZYSKANIU LUB NIEUZYSKANIU W DANYM ROKU DOFINANSOWANIA, REFUNDACJI LUB DOTACJI ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA NA CEL OBJĘTY UMOWĄ DOFINANSOWANIA

Ja niżej podpisany(a).....  
(imię i nazwisko)

Zamieszkały(a).....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Niniejszym oświadczam, iż:

Nie uzyskałem w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania.

Uzyskałem w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania.

\* Proszę zakreślić właściwe pole.

.....  
(podpis Wnioskodawcy)