

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a)
(Imię i nazwisko)

zamieszkały(a).....
(Adres)

oświadczam, że:

- mieszkam na terenie powiatu lubaczowskiego,
- nie mam możliwości/uprawnień do 100% refundacji do zakupu sprzętu (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29.05.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie),
- jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis Biorącego do używania)