

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

„ RAZEM DZIAŁAMY DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”

Ja niżej podpisany/a..... oświadczam,
że nie korzystam a korzystać będę w czasie uczestnictwa w projekcie,
z rehabilitacji domowej finansowanej przez NFZ jedynie w przypadku
niewystarczającej ilości godzin i na wyraźne skierowania lekarza na
podstawie odrębnych przepisów.

.....

(data i podpis uczestnika projektu)