

Oświadczenie o braku możliwości finansowania sprzętu ze środków publicznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia

Ja, niżej podpisana/y

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że nie mam możliwości przyznania dofinansowania z NFZ do sprzętu tożsamego do wypożyczanego.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Dla opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

**Oświadczenie o braku możliwości finansowania sprzętu
ze środków publicznych zgodnie z Rozporządzeniem
Ministra Zdrowia**

Ja, niżej podpisana/y

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y

.....
(adres zamieszkania)

działając w imieniu małoletniego/całkowicie ubezwłasnowolnionego

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że ww. małoletni/całkowicie ubezwłasnowolniony nie mam możliwości przyznania dofinansowania z NFZ do sprzętu tożsamego do wypożyczanego.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego/
przedstawiciela ustawowego)