

Białystok, dn.

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

.....

Oświadczenie

Oświadczam, iż w 2023 roku **uzyskałem/am / nie uzyskałem/am*** dofinansowania, refundacji oraz dotacji ze środków NFZ do

.....

.....

.....

.....

*niewłaściwe skreślić

.....

(czytelny podpis)