

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Imię i Nazwisko Strony Zainteresowanej*

.....  
*Adres*

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że nasza sytuacja materialna nie pozwala na samodzielne sfinansowanie leczenia ,  
rehabilitacji Strony Zainteresowanej lub innych związanych z tym wydatków.

.....  
*Czytelny podpis*