

.....
pieczęć Realizatora Programu

Załącznik nr 8 do Umowy
Nr/Reh/2017 z dnia2017 roku

Oświadczenie

W związku z udziałem w programie polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększenia dostępności z zakresu dostępności świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji wśród mieszkańców województwa łódzkiego” oświadczam, iż jestem mieszkańcem ww. województwa.

.....
(miejsowość, data)

.....
Podpis