

.....
imię i nazwisko

.....
adres

OŚWIADCZENIE

**o wysokości dochodów (brutto) ze wszystkich źródeł za ostatnie
trzy miesiące poprzedzające ubieganie się o pomoc zdrowotną**

Oświadczam, że w okresie od lipca do września 20... roku, mój dochód brutto

wyniósł.....zł

Zakopane, dnia

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

.....
imię i nazwisko

.....
adres

OŚWIADCZENIE

**o wysokości dochodów (brutto) ze wszystkich źródeł za ostatnie
trzy miesiące poprzedzające ubieganie się o pomoc zdrowotną**

Oświadczam, że w okresie od lipca do września 20... roku, mój dochód brutto

wyniósł.....zł

Zakopane, dnia

.....
czytelny podpis wnioskodawcy