

Warszawa, dnia .....

.....  
.....  
.....  
.....

(Imię i nazwisko, adres wnioskodawcy)

Komisja  
Programu Edukacji Onkologicznej

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WIZYT  
W RAMACH PROGRAMU EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ**

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie w wysokości ..... % kosztów wizyt specjalistów udzielanych w Centrum Edukacji Zdrowotnej przy ul. Nowoursynowskiej 143K w Warszawie.

Oświadczam, że mój dochód miesięczny brutto na jednego członka rodziny za rok ..... (przy wyliczeniu uwzględnia się wszystkie osoby prowadzące wspólne gospodarstwo domowe) jest równy .....zł (słownie:.....  
.....złotych) brutto.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej wynikającej z art. 233 kodeksu karnego za składanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

.....

(podpis składającego wniosek)

Adnotacja specjalisty:

Decyzja Komisji:

.....  
.....  
.....