



Безпосередня Допомога Особам з Обмеженими Можливостями

вул. Доманєвська 50А 02-672 Варшава

Тел: (022) 266 82 36

Моб.: 666 324 328

Тел./факс: (022) 266 82 94

E-mail: pomocukrainie@fundacjaavalon.pl

Варшава, дата: .....

## ДЕКЛАРАЦІЯ УЧАСНИКА НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ДОФІНАНСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ БІЖЕНЦІВ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ТА ХРОНІЧНО ХВОРИХ

Нижче підписаний/ підписана

.....

Засвідчую, що:

- у Республіці Польща перебуваю від дня .....

- моє актуальне місце перебування:

.....

.....

При цьому заявляю, що ознаймився/-лась з Правилами Національної Програми Дофінансування Реабілітації для Біженців з Обмеженими Можливостями і Хронічно Хворих, погоджуюсь з ними і підтверджую це своїм підписом.

Фонд, печатка, дата, підпис
--------------------------------

Oświadczenie uczestnika v1
Підпис (ПІБ) Бенефіціара або уповноваженої особи, дата