

Białystok, dn. ....

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

.....

## Oświadczenie

Oświadczam, iż w 2022 roku **uzyskałem/am / nie uzyskałem/am\*** dofinansowania, refundacji oraz dotacji ze środków NFZ do .....

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

\*niewłaściwe skreślić

.....

(czytelny podpis)