

.....
(imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna Prawnego)

....., dnia..... roku
(miejscowość) (data)

.....
(adres zamieszkania)

Fundacja dla Dzieci z Chorobami
Nowotworowymi „Krwinka”
90-273 Łódź, ul. Rewolucji 1905r. 9

PESEL:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Udzielania Pomocy Dzieciom Hematologicznie Chorym Fundacji dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi „Krwinka” obowiązującą od dnia 1. 06. 2020 r.

Potwierdzam własnoręcznym podpisem odbiór Regulaminu i przyjęcie wszystkich postanowień w nim zawartych oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
(czytelnie – imię i nazwisko)