

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

....., dnia ..... roku  
(miejsowość) (data)

.....  
(adres zamieszkania)

PESEL: .....

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

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Udzielania Pomocy Dzieciom Hematologicznie Chorym Fundacji dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi „Krwinka” obowiązującą od dnia 30.06.2022 r.

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

.....  
(czytelnie – imię i nazwisko)