



Załącznik nr 1 do Regulaminu korzystania z instrumentów aktywnej integracji o charakterze zdrowotnym w ramach projektu pozakonkursowego pn.: „Aktywny powiat cieszyński – program aktywizacji społeczno-zawodowej w obszarze pomocy społecznej”


.....
.....
.....
imię, nazwisko, adres

Cieszyn, dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem korzystania z instrumentów aktywnej integracji o charakterze zdrowotnym w ramach projektu pozakonkursowego pn.: „Aktywny powiat cieszyński – program aktywizacji społeczno-zawodowej w obszarze pomocy społecznej” i przyjmuję do wiadomości, że w ramach usług stomatologicznych otrzymam dofinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w maksymalnej kwocie 1000,00 zł. Przyjmuję również do wiadomości, że w przypadku kalkulacji kosztów leczenia na kwotę przewyższającą wartość 1000,00 zł, kwotę powyżej 1000,00 zł będę musiał/a pokryć ze środków własnych lub będę miał/a możliwość przerwania leczenia.

(podpis uczestnika)

ADWOKAT

Jan Surzycki


MOPS
CIESZYN