**Oświadczenie o braku możliwości finansowania sprzętu** **ze środków publicznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia**

Ja, niżej podpisana/y

…………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko) zamieszkała/y

……………………………………………..……………………………………...

(adres zamieszkania)

Oświadczam, że nie mam możliwości przyznania dofinansowania z NFZ do sprzętu tożsamego do wypożyczanego.

……………………………….

(miejscowość i data)

………………………………..

(czytelny podpis)

Dla opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

**Oświadczenie o braku możliwości finansowania sprzętu** **ze środków publicznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia**

Ja, niżej podpisana/y

…………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko) zamieszkała/y

…………………………………..………………………………………………...

(adres zamieszkania) działając w imieniu małoletniego/całkowicie ubezwłasnowolnionego

…………………………….………………………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

Oświadczam, że ww. małoletni/całkowicie ubezwłasnowolniony nie mam możliwości przyznania dofinansowania z NFZ do sprzętu tożsamego do wypożyczanego.

………………………………

(miejscowość i data)

…….…………………………………

(czytelny podpis opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego)