

.....
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z osób, a przeciętny miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny w okresie trzech miesięcy poprzedzający złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej wynosi zł.

Stwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość powyższych danych i jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia o dochodach wynikających z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

.....
(data i podpis osoby oświadczającej)