………………………………………. ………………………………………………………..

……………………………………….  *(miejscowość, data)*

*(dane identyfikujące JST)*

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób

Niepełnosprawnych

00-828 Warszawa

al. Jana Pawła II 13

Oświadczenie

Potwierdzam dane zawarte we wniosku ePUAP z dnia …(data)….

Wniosek jest podpisany profilem kwalifikowanym.

……………………………………………………….

*(data, pieczątka i podpis kierującego jednostką)*