**OŚWIADCZENIE**

**na potrzeby projektu ,,Złap się wolności od uzależnienia”**

**RPSW.09.02.03-26-0003/20**

Ja niżej podpisany/a .............................................................................................................................

(imię i nazwisko)

oświadczam, iż podczas mojego pobytu w **Ośrodku Rehabilitacji dla Osób Uzależnionych
od Substancji Psychoaktywnych w Pałęgach** nie będę jednocześnie korzystać z analogicznych świadczeń w ramach NFZ.

……………………………….. ……………..………………….

 Miejscowość i data Czytelny podpis UP