

## Oświadczenie beneficjenta ostatecznego zadania

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- jestem/nie jestem\* chora/y na SM (stwardnienie rozsiane),
- będę regularnie uczestniczyła/uczestniczył w ustalonych w IPD formach wsparcia, a w przypadku konieczności przerwania korzystania z zajęć niezwłocznie poinformuję o tym koordynatora projektu.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
*data i podpis beneficjenta zadania*

Projekt „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II” współfinansuje PFRON



## Oświadczenie beneficjenta ostatecznego zadania

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- jestem/nie jestem\* chora/y na SM (stwardnienie rozsiane),
- będę regularnie uczestniczyła/uczestniczył w ustalonych w IPD formach wsparcia, a w przypadku konieczności przerwania korzystania z zajęć niezwłocznie poinformuję o tym koordynatora projektu.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
*data i podpis beneficjenta zadania*

Projekt „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II” współfinansuje PFRON

