



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział Warszawski  
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12,  
tel. 22 831 00 76/77, mail [biuro@ptsr.waw.pl](mailto:biuro@ptsr.waw.pl)

## Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany(a)

.....  
(Imię i nazwisko beneficjenta)

zam. ....

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Telefon kontaktowy: .....

Nr PESEL: .....

- a) Dobrowolnie deklaruję swój udział we wszystkich zaproponowany mi formach wsparcia, odbywających się w ramach projektu „Sprawić Moc” realizowanego przy wsparciu finansowym ze środków PFRON
- b) Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniających do udziału w projekcie.
- c) Zobowiązuję się do powiadomienia Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddziału Warszawskiego, przy ul. Nowosieleckiej 12, 00-466 Warszawa z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności zrezygnowania z udziału w projekcie.
- d) Zostałem/am poinformowany/a iż uczestniczę w projekcie zrealizowanym przy wsparciu finansowym ze środków PFRON
- e) Oświadczam, że informacje zawarte w Deklaracji uczestnictwa w projekcie są zgodne z prawdą i z dokumentacją dostępną w biurze projektu Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddziału Warszawskiego, przy ul. Nowosieleckiej 12, 00-466 Warszawa
- f) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS

