



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział Warszawski
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12,
tel. 22 831 00 76/77, mail 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 „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” zrealizowanego 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