Załącznik nr 3

Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.

Oświadczam, że miesięczny dochód brutto mojej rodziny wynosi:

a) Wysokość wynagrodzenia /emerytury /renty brutto .....

b) Inne dochody brutto osoby ubiegającej się o świadczenie .....

c) Dochody współmałżonka .....

Ilość osób w rodzinie na utrzymaniu .....

Średni miesięczny dochód brutto na osobę .....

Warszawa, dnia .....

.....
/ podpis wnioskodawcy/

Przyznane świadczenie zdrowotne:

□ odbiorę w kasie DBFO Żoliborz przy ul. Felińskiego 15*,

□ proszę przekazać na mój rachunek bankowy*

Nr ……..……..……..…

*** właściwe podkreślić**

.....
/ podpis wnioskodawcy/