…………………………………………………….. …………………….., dnia……………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

Telefon………………………………….

**Stowarzyszenie**

**Pomocy Osobom Niepełnosprawnym**

**„TETRUSEK” z siedzibą w Legnicy**

**OŚWIADCZENIE**

Stosownie do zawartego porozumienia z dnia………………………………………na udostępnienie subkonta

dla gromadzenia środków pieniężnych w celu pokrycia kosztów leczenia i rehabilitacji oświadczam,

że wyrażam zgodę na rozliczenie pieniężne w formie przelewu i wskazuję konto bankowe:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………..

( podpis)