

 Gniezno, …………………………

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Ja niżej podpisany(a) ………………………………………………………………… zamieszkały(a)**

**(imię i nazwisko wnioskodawcy)**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**(miejsce zamieszkania wnioskodawcy)**

**- oświadczam, że w okresie od dnia …………………….. do dnia …………………….. użytkowałem(am) koncentrator tlenu / respirator\*,**

**- potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym informacji i danych zawartych w *Zaświadczeniu
o korzystaniu ze świadczenia zdrowotnego* z dnia …………………….. .**

……….……………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)