

.....
(imię i nazwisko Beneficjenta)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie o zapoznaniu się z „Regulaminem korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej”

Oświadczam, że zapoznałam/lem się z treścią „Regulaminu korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej” realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.

.....
(podpis Beneficjenta)