Nowa Sól, dnia …............................

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

 ( Imię i Nazwisko)

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

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

 (adres)

**OŚWIADCZENIE**

Proszę o przekazanie mojego wynagrodzenia za usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej oraz refundacji za zakup biletów komunikacji publicznej i kosztów ubezpieczenia OC lub NNW\* na niżej wskazany rachunek bankowy o numerze:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

 (podpis asystenta)

\* Niepotrzebne skreślić