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