

.....
Data, miejsce

Oświadczam, że ja i moje dziecko (imię i nazwisko dziecka) posiadamy ubezpieczenie zdrowotne, które upoważnia nas do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna

Fundacja Urtica Dzieciom

54-613 Wrocław, ul. Krzemieniecka 120
tel. +48 71 782 66 68, +48 71 782 66 51, biuro@urticadzieciom.pl
NIP: 894-31-13-029, REGON: 368183691, KRS: 0000693315
www.urticadzieciom.pl / www.facebook.com/urtica.dzieciom