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

……………………………………….  *(miejscowość, data)*

  *(dane identyfikujące JST)*

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób

 Niepełnosprawnych

 00-828 Warszawa

 al. Jana Pawła II 13

Oświadczenie

Potwierdzam dane zawarte we wniosku ePUAP z dnia …(data)….

Wniosek jest podpisany profilem kwalifikowanym.

……………………………………………………….

 *(data, pieczątka i podpis kierującego jednostką)*