

.....

.....

.....

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu świadczeniodawcy oraz że dane o potencjale zawarte w Portalu świadczeniodawcy są aktualne i zgodne ze stanem rzeczywistym. Jednocześnie oświadczam, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń w rodzaju:

.....

[illegible]

.....

Podpis świadczeniodawcy