

Opole,

.....

Nazwisko i imię Rodzica/Opiekuna prawnego

.....

Adres zamieszkania

.....

Nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem udostępniania konta bankowego Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu obowiązującym od dnia 01.01.2026 r.

Wszystkie zapisy REGULAMINU są dla mnie zrozumiałe.

Zobowiązuję się do przestrzegania zapisów regulaminu.

.....

Podpis osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego