

Data:

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Jako uczestnik letniego obozu koszykarskiego Hoop Camp 2020 w Karpaczu oświadczam, że posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....

Podpis Rodzica/Opiekuna

.....

Podpis Uczestnika