

.....
Imię i nazwisko

.....
miejscowość i data

.....
Ulica i nr domu

.....
Kod pocztowy miejscowość

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. B. Chrobrego 5
47-100 Strzelce Op.**

Oświadczenie

Oświadczam, iż w dniu /w dniach* na dojazd:

- a) do Eksperta PFRON – celem wydania opinii w zakresie stabilności procesu chorobowego oraz w zakresie rokowań uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie.*
- b) do Eksperta PFRON – celem oceny funkcjonalności wykonania protezy oraz zgodności poziomu jakości wykonanej protezy.*
- c) na kurs prawa jazdy, odbywający się poza miejscowością zamieszkania *

używałem/łam samochodu marki o pojemności silnika

.....

Ilość przejechanych kilometrów

Kwota wnioskowana do refundacji

Dane rachunku bankowego na który zostanie przelana kwota refundacji

nazwa banku Nr rachunku bankowego:

Do wniosku dołączam kopię dowodu rejestracyjnego oraz kopię ubezpieczenia pojazdu który stanowił środek transportu.

*właściwie zaznaczyć

.....
Podpis Wnioskodawcy