**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że średnia wysokość dochodów (brutto) z miesiąca poprzedzającego miesiąc

ubiegania się o pomoc zdrowotną wynosi: …................................ zł (słownie: ......................................

.......................................................................................................), w przeliczeniu na 1 członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym.

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

 (miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)