



**OŚWIADCZENIE O KONTACH CELOWYCH/SUBKONTACH/SUBKONTACH 1%
PROWADZONYCH PRZEZ INNE NIŻ POLSKIE TOWARZYSTWO WALKI
Z MUKOWISCYDOZĄ ORGANIZACJE POŻYTKU PUBLICZNEGO**

Załącznik B do wniosku o wsparcie finansowe na leczenie i rehabilitację ze środków PTWM
dla niepełnoletnich dzieci (wypełnia opiekun)

CZĘŚĆ A. WYPEŁNIA RODZIC/ OPIEKUN PRAWNY CHOREGO DZIECKA DO 18 RŻ.

Ja niżej podpisany(a) (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego chorego dziecka)

opiekun prawny(imię i nazwisko chorego dziecka),

urodzonego dn. zamieszkałego w

oświadczam, że: moje dziecko posiada*/ nie posiada (zaznaczyć prawidłowe) konta celowe (tzw. „subkonta”, „subkonta 1%”) w innych organizacjach pożytku publicznego (fundacjach, stowarzyszeniach).

* W przypadku posiadania takich kont w innych organizacjach pożytku publicznego proszę o wskazanie w poniższej tabeli następujących danych: nazwy organizacji, daty założenia subkonta, kwoty środków zgromadzonych na subkoncie:

LP.	Nazwa organizacji pożytku publicznego	Data założenia subkonta	Kwota zgromadzonych środków

.....
(data i czytelny podpis)

CZĘŚĆ B. ADNOTACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI Z MUKOWISCYDOZĄ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....