



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

Załącznik A do wniosku o wsparcie finansowe na leczenie i rehabilitację ze środków PTWM dla pełnoletnich chorych

**CZĘŚĆ A. WYPEŁNIA OSOBA PEŁNOLETNIA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM O WSPARCIE**

Ja niżej podpisany(a) ..... (imię i nazwisko pełnoletniego chorego) ur. ....

zamieszkały(a) w .....

oświadczam, że: posiadam\*/ nie posiadam (zakreślić prawidłowe) konta celowe (tzw. „subkonta”, „subkonta 1%”) w innych niż PTWM 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 MUKOWISCYDOŻĄ**

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