



OŚWIADCZENIE  
do Projektu

„Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w woj. śląskim”

RPSL.11.03.00-24-0317/16

<b>Imię:</b>		<b>PESEL*:</b>									
<b>Nazwisko:</b>		<b>Brak PESEL:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie								
<b>Adres</b>											
<p>Oświadczam, iż na dzień otrzymania pierwszej formy wsparcia z projektu pod nazwą „Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w woj. śląskim”, numer RPSL.11.03.00-24-0317/16 potwierdzam aktualność moich danych zawartych w złożonym formularzu zgłoszeniowym.</p>											
<b>Podpis Uczestnika Projektu, data</b>											
<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b> (DD-MM-RRRR) - wypełnia realizator projektu	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

\*w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia