

**KWALIFIKACJA KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ NA CZAS BADANIA
MAMMOGRAFICZNEGO W RAMACH PROJEKTU
pn. „Badam piersi – dbam o siebie”**

Na podstawie w/w wniosku oraz przedłożonych dokumentów przyznaję / nie przyznaję zwrot kosztu opieki nad osobą niesamodzielną uczestnikowi projektu/

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

Data badania:

Kwota zwrotu:

.....
(podpis osoby upoważnionej ze strony Beneficjenta)