Załącznik nr 2
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

miejscowość, data

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech miesięcy łączne dochody brutto wszystkich członków mojej rodziny (wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) wyniosły: …………………………. zł, co w przeliczeniu na ………………… osób będących na moim utrzymaniu stanowi: ………………………….. zł na jedna osobę.

 ………………………………………………

 podpis Wnioskodawcy