**ФОНД URTICA DZIECIOM**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

..........…..……………….....................................

Дата, місце

Заявляю, що я і моя дитина (ім'я та прізвище дитини) .............................................................. маємо медичне страхування, яке дає нам право користуватися послугами охорони здоров'я, що фінансуються з державних коштів.

..........…..……………….....................................

Розбірливий підпис одного з батьків/опікуна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Фонд Urtica Dzieciom**

54-613 Вроцлав, вул. Кшемєнєцка, 120

тел. +48 71 782 66 68, +48 71 782 66 51, [biuro@urticadzieciom.pl](mailto:biuro@urticadzieciom.pl)

NIP: 894-31-13-029, REGON: 368183691, KRS: 0000693315

[www.urticadzieciom.pl](http://www.urticadzieciom.pl) / [www.facebook.com/urtica.dzieciom](http://www.facebook.com/urtica.dzieciom)