

**OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA OPASKI O ZAPOZNANIU SIĘ
I AKCEPTACJI POSTANOWIEŃ REGULAMINU KWALIFIKACJI DO PROJEKTU
„REGION DOBREGO WSPARCIA”**

Ja, niżej podpisany

oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu kwalifikacji do projektu „Region Dobrego Wsparcia” Dobre Wsparcie – Dobra Opieka.

.....

Data i podpis