**Załącznik nr. 6**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”ul. Krakowskie Przedmieście 6400-322 Warszawa |

**OŚWIADCZENIE**

Ja, …………………………………………………………………………………, zamieszkały/-a

 *imię, nazwisko*

………………………………………………………………………………………………………

*adres zamieszkania*

oświadczam, iż wszystkie rachunki zapłaciłem/-am gotówką i nie miałem/-am możliwości otrzymania faktury.

Proszę o opłatę wystawionego przeze mnie rachunku za leki przelewem na:

|  |  |
| --- | --- |
| Nr IBAN (konto) |  |
| SWIFT |  |
| Adres banku |  |
| Właściciel konta (imię, nazwisko) |  |

 *podpis*

 *Miejsce, data*