

_____, dn. _____ r.

Nazwa i adres wnioskodawcy
Nr PFRON

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Al. Jana Pawła II 13
00-828 Warszawa

O ś w i a d c z e n i e

Informuję, że wybieram papierowy/elektroniczny* sposób wymiany danych z PFRON.

Imię i nazwisko oraz podpis wnioskodawcy
lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić