



**STOWARZYSZENIE
„POMOST”**

UL. LEYKA 17, 10-687 OLSZTYN
♦ NIP 739-382-51-54 ♦ REGON 280597073
♦ KRS 0000381763
♦ MAIL: STOWARZYSZENIE@POMOSTOLSZTYN.PL
♦ WWW.POMOSTOLSZTYN.PL



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr: 11

.....
imię i nazwisko Uczestnika Programu

Olsztyn, dn.

ul.

.....

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu o zapoznaniu się z *Regulaminem Wyboru Uczestników i Realizacji Świadczenia Usług Asystencji Osobistej Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025*

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią *Regulaminu wyboru Uczestników i realizacji świadczenia usług asystencji osobistej Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025* oraz oświadczam, że akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
Czytelny podpis Uczestnika Programu