

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO REGULAMINU UCZESTNICTWA W PROGRAMIE GRANTOWYM
„KOCHAM ŻYCIE, DBAM O SIEBIE”**

**ZOBOWIĄZANIE UCZESTNIKA ZAKWALIFIKOWANEGO DO UDZIAŁU W
PROGRAMIE „KOCHAM ŻYCIE, DBAM O SIEBIE”**

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Miejsce zamieszkania:.....

PESEL:.....

Numer dowodu osobistego:.....

Numer telefonu i adres mailowy.....

Imię i nazwisko opiekuna ustawowego(dotyczy dzieci).....

Potwierdzam, że są mi znane zawarte w Regulaminie Programu zasady korzystania z kart podarunkowych i będę się do nich stosował/a.

Rozumiem i akceptuję fakt, że w przypadku niezgodnego z Regulaminem wykorzystania kart podarunkowych i zakupem leków lub materiałów medycznych np. na użytek innej osoby lub niewykorzystania w całości przyznanego dofinansowania– będę zobowiązany/a do zwrócenia w gotówce równowartości nieprawidłowo wykorzystanych kart.

Zobowiązuję się też do terminowego rozliczania pobranych kart podarunkowych, najpóźniej do 31 października 2014 r.

Data i miejscowość

czytelny podpis