

Załącznik do
Uchwały nr 4556/2014
ZWO z dnia 23 kwietnia 2014

Oddział
PFRON w
ul.....
.....

Załącznik nr 3a do Procedur

OŚWIADCZENIE

Samorząd Województwa z siedzibą w
(nazwa)

.....
(miejscowość)

.....
(dokładny adres, nr kodu)

reprezentowany przez:

1)..... -
(nazwisko, imię) (funkcja)

2)..... -
(nazwisko, imię) (funkcja)

Działając w imieniu Samorządu Województwa
wyrażam/my gotowość realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami II”.

.....
miejscowość i data

.....
(podpisy i pieczętki imienne osób statutowo
uprawnionych do reprezentowania
Samorządu Województwa)