…………………………………………. Wrocław …………………………

Imię i Nazwisko data

 OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że mój miesięczny dochód netto na członka rodziny wynosi :

* poniżej 2.600,-
* powyżej 2.600,-

………………………………… podpis

\*niewłaściwe skreślić , pozostawić prawidłowe