

Mogilno, dnia

.....
Imię i nazwisko.....
adres zamieszkania.....
nr telefonuPowiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Mogilnie**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam/y, że za świadczenie na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami dziecka przyjmowanego do rodzinnej pieczy zastępczej dokonaliśmy następujących zakupów:

Lp.	Nazwa artykułu	ilość/sztuka	Łączna cena
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

.....
podpis Wnioskodawcy/Wnioskodawców