

.....  
*Miejscowość, data*

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że ja niżej podpisany/a.....  
urodzony/a dnia..... w .....  
jestem chory/a na stwardnienie rozsiane, na dowód czego załączam stosowne  
zaświadczenie lekarskie.

.....  
*Czytelny podpis*