

Oświadczenie o rezygnacji uczestnictwa w projekcie

Ja niżej podpisany/a
(Imię i nazwisko uczestnika projektu)

Zamieszkały/a
(miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że rezygnuję z udziału w projekcie pn. „Szansa na lepsze jutro” realizowanym przez Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Reznier sp. k. ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce.

Powód rezygnacji:
.....
.....

Oświadczam, że zostałem poinformowany, przez Koordynatora Projektu, że usługi o które wnioskowałem nie będą realizowane.

Miejscowość, data.....

Podpis.....