

**OŚWIADCZENIE O POTRZEBIE SKORZYSTANIA Z TRANSPORTU
ORGANIZOWANEGO PRZEZ GMINĘ OŻARÓW MAZOWIECKI
NA SZCZEPIENIE PRZECIW COVID-19**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
-------------------------------------	--

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że:

(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- dysponuję orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
- nie mam możliwości samodzielnego dotarcia do Punktu Szczepień.

DATA: CZYTELNY PODPIS: