

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

.....
Adres zamieszkania

.....
Nazwa i telefon do placówki:

Miejski Ośrodek
Pomocy Społecznej
ul. Józefińska 14
30-529 Kraków

Dotyczy : złożonego wniosku o dofinansowanie w Module III

Proszę o przywrócenie terminu złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III.

.....
podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego