

\_\_\_\_\_, dn. \_\_\_\_\_ r.

Nazwa i adres wnioskodawcy  
Nr PFRON

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
Al. Jana Pawła II 13  
00-828 Warszawa

### **O ś w i a d c z e n i e**

Informuję, że wybieram papierowy/elektroniczny\* sposób wymiany danych z PFRON.

Imię i nazwisko oraz podpis wnioskodawcy  
lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli  
w imieniu wnioskodawcy

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\* niepotrzebne skreślić