

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(ulica, numer domu)

.....  
(kod pocztowy, miasto)

.....  
(adres e-mail)

.....  
(numer telefonu)

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą  
Ul. Rudnika 3B, 34-700 Rabka- Zdrój

## OŚWIADCZENIE

**Proszę o przekazywanie zwrotu kosztów na nowe konto bankowe o numerze**

.....

**(numer konta)**

**Jednocześnie, w przypadku kolejnej zmiany numeru rachunku bankowego  
zobowiązuję się do niezwłocznej aktualizacji danych poprzez niniejszy druk.**

.....  
(Podpis)