



## WNIOSEK o dofinansowanie wyrobu medycznego w roku 2026

### 1. Dane wnioskodawcy

---

Imię i nazwisko: —

PESEL: —

Telefon: —

Adres: —

E-mail: —

### 2. Szczegóły wniosku

---

Wyrób medyczny (nazwa + miejsce zakupu):

—

Numer faktury i kwota: —

Numer rachunku bankowego: —

NIP: —

Urząd Skarbowy: —

### 3. Oświadczenia

---

Dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym:

do 1 200 zł

od 1 201 zł do 2 000 zł

od 2 001 zł do 3 000 zł

powyżej 3 000 zł

Jestem osobą samotną.

Zamieszkuję sam/sama.

Korzystałem/am wcześniej z dofinansowania przez Fundację Pro Seniore.

Otrzymałem/am refundację z NFZ/PFRON.

### 4. Zgody RODO i regulamin

---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Pro Seniore w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku, zgodnie z rozporządzeniem RODO.

Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Funduszu Pomocy Pro Seniore.

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są prawdziwe i kompletne.

---

data złożenia wniosku

---

podpis wnioskodawcy