

Załącznik nr 2

.....
Data, miejscowość

.....
Imię i nazwisko

Niniejszym wyrażam zgodę na weryfikację wszystkich informacji dostarczonych przeze mnie Fundacji im. Łukasza „DINO” Staniszewskiego ul. Rejtana 4,4a/1b , 50-015 Wrocław

Z poważaniem

.....
(data, czytelny podpis)