APLIECINĀJUMS

Es,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds, personas kods), apliecinu, ka piekrītu, ka RC “ZELDA” pieprasa VDEĀVK šādas ziņas par mani: invaliditātes grupa, funkcionālo traucējumu veids un termiņš, līdz kuram invaliditāte ir piešķirta.

Datums: Paraksts: