

Miejscowość, data

Imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji/Pacjenta:

Adres Podopiecznego Fundacji/Pacjenta:.....

Informacja do celów uzyskania przez Podopiecznego Fundacji Dobro Powraca pomocy Fundacji w sfinansowaniu leku/świadczenia

Przyjmowanie wymienionych poniżej leków/suplementów/terapii/zabiegów rehabilitacyjnych/turnusów/korzystanie ze sprzętu/wykonanie badań diagnostycznych/wizyta/konsultacja/zakup okularów* jest zalecane oraz związane jest z leczeniem skutków bądź objawów stwardnienia rozsianego:

rodzaj świadczenia	przez jaki czas zlecenie jest ważne**

*właściwie podkreślić

** np. zalecenie jednorazowe, świadczenie do realizacji co miesiąc do....

Podpis i pieczętka Zlecającego