



Miejscowość, data.....

Dobro Powraca – Fundacja na rzecz
Chorych na stwardnienie rozsiane
ul. Hłaski 34/12
54-608 Wrocław

Wniosek

W imieniu własnym / niepełnoletniego dziecka*

.....

(imię nazwisko dziecka)

zwracam się z prośbą o podpisanie Porozumienie w sprawie przystąpienia do Programu Gromadzenia Środków na Leczenie i Rehabilitację, które da mi możliwość gromadzenia środków finansowych na rachunku bankowym należącym do Fundacji z wyłącznym przeznaczeniem na Program.

.....

Podpis

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....

Do wniosku o założenie subkonta dołączam:

- oświadczenie o chorobie (wzór w załączniku)
- kserokopię lub oryginał zaświadczenia lekarskiego o chorobie/ wypisu ze szpitala

Dane adresowe(drukowanymi literami):

- adres -
- telefon wraz z numerem kierunkowym -
- telefon komórkowy -
- e-mail -
- osoba do kontaktu – (imię, nazwisko, telefon kontaktowy)

* niepotrzebne skreślić