Голові Благодійного фонду «\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зареєстрованої (-го) за адресою:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт: серія\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ідентифікаційний код:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

У зв’язку із скрутним матеріальним становищем прошу надати матеріальну допомогу на лікування у розмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) грн.

Додатки: 1. Копія виписки з амбулаторної карти від \_\_.\_\_.20\_\_.

2. Копія рахунку-фактури за надані медичні послуги на суму \_\_\_\_\_\_\_ грн

від \_\_.\_\_.20\_\_.

\_\_.\_\_.20\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_