Директору Благотворительного Фонда
содействия развитию медицинских наук и
здравоохранения «Медицина 2.0»
Ларину К.В.

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении благотворительной помощи

Я, _____
ФИО полностью

паспорт ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ выдан _____
серия *номер*

_____
полностью название учреждения, дата выдачи

проживающий (ая) по адресу: _____
индекс *адрес*

_____
телефон

прошу предоставить мне благотворительную помощь в форме оплаты Обществу с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем имени Сергея Березина» следующих медицинских услуг: _____

_____

_____

_____

_____

указать наименование медицинских услуг, желательный срок из оказания, иную информацию

Настоящим выражаю и подтверждаю своей подписью согласие на обработку моих персональных данных.

Осведомлен(а), что Фонд вправе отказать в предоставлении помощи без объяснения причины.

Обязуюсь в случае положительного решения по настоящему заявлению не осуществлять сбор средств собственными или привлеченными силами, в том числе на личную карточку и/или через другие фонды, с использованием социальных сетей и иными способами.

Дата_____

_____
ФИО полностью собственноручно

Подпись _____