

Заявление о предоставлении благотворительной помощи

«10» марта 2016г.

Я, (ФИО) Ли Екатерина Павловна,

прошу оказать благотворительную помощь

мне

иному лицу

Если просьба состоит в предоставлении благотворительной помощи иному лицу, указать, кому должна быть предоставлена помощь и в каких отношениях заявитель состоит с лицом, нуждающимся в помощи.

моему внуку Кривоногову Руслану

Вид необходимой помощи (нужное отметить значком V):

<input checked="" type="checkbox"/>	- оплата лечения
<input type="checkbox"/>	- оплата лекарственных средств
<input type="checkbox"/>	- оплата медицинских приборов, аппаратуры и других товаров медицинского назначения
<input type="checkbox"/>	- оплата технических средств реабилитации
<input type="checkbox"/>	- другое (написать) _____

Благотворительную помощь прошу:

по моей просьбе перечислить лечебному учреждению / компании-поставщику
(указать наименование лечебного учреждения/компании-поставщика (производителя), вид и номер документа-основания для оплаты, выставленного на имя Благополучателя)

ФГБУ «Российская детская клиническая
больница Минздрава РФ.

Подлинники документов прилагаю:

в натуральной форме:

В ВИДЕ (указать вид и количество)

Поставщик (указать наименование компании-поставщика (производителя)): ФТБЧ
РДКБ Минздрава России

перечислить на мой личный счёт:

Получатель (ФИО) _____

ИНН получателя _____

№ счета _____

наименование банка _____

в г. _____ БИК _____

кор. счет _____

по моей просьбе перечислить на личный счёт:

Получатель (ФИО) ФТБЧ РДКБ Минздрава России

ИНН получателя 7728020823

№ счета 40501810600002000079

наименование банка отделение 1 Москва

в г. Москве БИК 044583001

кор. счет _____

С Положением о Благотворительной Программе «ЗДОРОВАЯ НАЦИЯ», в том числе с правилами Предоставления благотворительной помощи, ознакомлен, согласен и подтверждаю.

К настоящему заявлению прилагаю:

- копия паспорта,
- копия государственного страхового пенсионного свидетельства;
- заключение специалиста лечебного учреждения, где планируется провести лечение;
- заключение местных органов соцзащиты или иные документы, свидетельствующие о материальном положении семьи;
- счет лечебного учреждения за лечение и/или счет компании-дистрибьютора (компании-производителя) на оплату товаров (материалов) медицинского назначения, технических средств реабилитации;
- справка об отсутствии квоты на лечение от соответствующего органа управления здравоохранением (министерство, департамент, комитет) субъекта РФ;
- цветная фотография неформального образца;

Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:

адрес для переписки (с указанием индекса): дер. Селевкиско Дмитров. р-н
д.д. дом. № 69

Домашний телефон (с кодом города): +7(____) _____

Рабочий телефон (с кодом города): +7(____) _____

Мобильный телефон: +7(925) 095 20 _____

Адрес электронной почты (E-mail): _____

Настоящим заявлением выражаю и подтверждаю своей подписью согласие на обработку моих персональных данных согласно Приложению №1 к Заявлению.

В случае принятия положительного решения о предоставлении финансирования, даю

разрешение на использование и публикацию информации*, представленной мной для участия в Программе.

Разрешение на использование и публикацию информации даю (без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций) Фонду и/или третьими лицами с согласия Фонда в рамках реализации Программы. В частности, для информирования общественности и третьих лиц о необходимости лечения меня и/или иного лица, указанного в Заявлении, для привлечения средств на вышеуказанное лечение, для информирования Доноров о результатах вышеуказанного лечения и в иных случаях.

* включая ФИО меня и/или иного лица, указанного в Заявлении, год рождения, регион проживания, историю заболевания, данные, подтверждающие состояние здоровья меня и/или иного лица, указанного в Заявлении, прохождение и результаты лечения, место проведения лечения и фотографию

Настоящим я подтверждаю, что настоящее заявление подписано мной добровольно, без какого-либо внешнего воздействия морального или физического характера, что мне понятен смысл всех положений, содержащихся в настоящем заявлении, а также все проистекающие из них мои обязательства и действия.

Ли Екатерина Павловна

(ФИО полностью и подпись Заявителя)

Благотворительный фонд «Пресня»

Адрес: 123 100, Россия, г.Москва, ул.Анатолия Живова, д.8, кв.46

Тел.: +7(499)530-20-49

E-mail: info@bfpresnya.ru

Подача Заявлений происходит лично заявителем в Фонд по указанному адресу, после предварительной договорённости о встрече по телефону.