

Приложение №1  
к Благотворительной программе «ЗДОРОВАЯ НАЦИЯ»

Заявление о предоставлении благотворительной помощи

«09» февраля 2017 г.

Я, (ФИО) Кучикова Евгения Владимировна,  
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.

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 Благотручателя)

ООО "Центр инновационных медицинских технологий",  
счёт от 13.02.2017г.

Подлинники документов прилагаю:

\_\_\_\_\_

в натуральной форме:  
В ВИДЕ (указать вид и количество)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Поставщик (указать наименование компании-поставщика (производителя)): \_\_\_\_\_

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) ООО, Центр инновационных медицинских технологий

ИНН получателя 7701362604

№ счета 40702810900000028700

наименование банка ВТБ 24(Т/О)

в г. Москва БИК 044525716

кор. счет 30101810100000000716

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): 426052, УР, г. Ижевск, ул. Заречное шоссе, д. 71, кв. 47

Домашний телефон (с кодом города): +7(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Рабочий телефон (с кодом города): +7(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Мобильный телефон: +7(950) 151-09 - \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (E-mail): Kulikova\_zhenya2012@yandex.ru

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.

  
(ФИО полностью и подпись Заявителя)

Благотворительный фонд «Пресня»

Адрес: 123100, Россия, г.Москва, ул.Анатолия Живова, д.8, кв.46.

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