



Фонд запобігання ефекту ядерної катастрофи

ЗАЯВА ПРО ВКЛЮЧЕННЯ ДО БЛАГОДІЙНОЇ ПРОГРАМИ

«МЕДИЧНА ДОПОМОГА»

Персональні дані

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Дата народження

Число _____ Місяць _____ Рік _____

Місцезнаходження (місце постійного проживання)

Вулиця _____

Будинок _____ Корпус _____ Квартира _____

Місто _____

Область _____

Поштовий Індекс _____

Контактна інформація

Телефон домашній _____

Телефон мобільний _____

Електронна пошта _____

Прошу включити мене до благодійної програми «Медична допомога», сприяти пошуку та забезпеченням мене необхідними медичними препаратами, як що це буде потрібно, організацією необхідної медичної операції, пошуку медичної установи, яка має змогу це зробити, у тому числі і за кордоном. Оказати всіляку допомогу при оформленні необхідних документів та довідок від державних установ, які відповідають за виконання вимог Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» від 28 лютого 1991 року № 796–ХІІ та інших нормативно правових актів з цього питання.

Гарантую сплату усіх зборів та податків, які виникнуть під час отримання мною благодійної допомоги за умовами благодійної програми «Медична допомога». У тому числі гарантую надання достовірної інформації щодо стану мого здоров'я, та використанні медичних препаратів за рецептом лікаря.

Надаю згоду використовувати мої персональні данні з метою реалізації державної політики в сфері захисту персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01 червня 2010 року № 2297–IV. Доручаю обробку моїх персональних даних з метою включення мене до благодійних програм Фонду запобігання ефекту ядерної катастрофи.

Дата _____ Підпис _____