



Фонд запобігання ефекту ядерної катастрофи

ЗАЯВА ПРО ВКЛЮЧЕННЯ ДО БЛАГОДІЙНОЇ ПРОГРАМИ

«МЕДИЧНЕ ОБЛАДНАННЯ»

Повне найменування медичної установи

Фактична адреса

Вулиця _____

Будинок _____ Корпус _____

Місто _____

Область _____

Поштовий Індекс _____

Персональні дані керівника юридичної особи

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Контактна інформація

Телефон робочий _____

Факс _____

Телефон мобільний _____

Електронна пошта _____

Прошу включити медичну установу до благодійної програми «Медичне обладнання», сприяти у вирішенні питань та оказати всіляку благодійну допомогу щодо забезпеченням медичним обладнанням, витратними медичними матеріалами, конкретними реагентами, необхідними для проведення лабораторних досліджень тощо, та багато чого іншого, що необхідно для продовження і збереження життя інвалідам–чорнобильцям, а також іншим категоріям громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Додаю копію свідоцтва про державну реєстрацію медичної установи, засвідчену особистим підписом керівника та печаткою медичної установи.

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.

Дата _____ Підпис _____