

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane osoby zwracającej się o pomoc (osoba pełnoletnia)

.....
Imię i nazwisko

.....
Ulica

.....
Kod pocztowy, miejscowość

.....
Numer telefonu

.....
adres e-mail

Dane osoby, której prośba dotyczy

.....
Imię i nazwisko

.....
Data urodzenia

.....
Ulica

.....
Kod pocztowy, miejscowość

.....
Numer telefonu

.....
adres e-mail

.....
schorzenie

Czy korzystali już państwo z pomocy Fundacji Krąg Przyjaciół Dziecka im. św. Józefa Kalasancjusza?

Tak

Nie

Jakiej pomocy oczekują państwo od Fundacji (proszę zaznaczyć)

Dofinansowanie leczenia

Dofinansowanie rehabilitacji

Dofinansowanie zakupu sprzętu

Inna

Imię nazwisko / Nazwa;
dane kontaktowe -adres: ulica; kod pocztowy; miejscowość, numer telefonu

Lekarz specjalista

Lekarz specjalista

Lekarz specjalista

Sklep medyczny/ rehabilitacyjny

Apteka

Ośrodek pomocy społecznej

inne

Pismo dokładnie określające prośbę oraz opis sytuacji rodzinnej (zdrowotnej i materialno – bytowej)