

WNIOSEK

o zezwolenie na zbieranie na konto
Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym
środków od darczyńców na pokrywanie kosztów leczenia i rehabilitacji
osoby niepełnosprawnej

Dane wnioskodawcy (wypełnić czytelnym pismem):

Osoba niepełnosprawna lub Rodzic/Opiekun prawny

.....

adres zamieszkania:

seria i nr dowodu osobistego:

działający w imieniu:

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, rodzaj i stopień niepełnosprawności)

Proszę o umożliwienie nam/mnie na zbiórkę środków finansowych na konto Fundacji z ewidencją
tych środków na indywidualnej ewidencji darowizn z przeznaczeniem na

.....

.....

.....

Uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....
.....
Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień regulaminu udostępniania konta Fundacji.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Zarząd Fundacji na posiedzeniu w dniu

Zezwala/nie zezwala* na prowadzenie indywidualnej ewidencji darowizn na leczenie i rehabilitację

.....
.....
.....
.....
Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....

.....
(podpisy członków Zarządu)