



Miejscowośćdnia.....202.. r.

DANE WNIOSKODAWCY / OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES KORRESPONDENCYJNY	
TELEFON	

WNIOSEK O WSPARCIE

Ja niżej podpisany/ a , składam wniosek o wsparcie ze strony Fundacji „Dobre Uczynki”

(** - podkreśl wybrane) Wnioskuje o wsparcie w zakresie :

** - jednorazowego wsparcia finansowego na wskazany cel ,

** - stałego objęcia opieką i wsparciem przez Fundację Dobre Uczynki.

1. Opis stanu zdrowia wnioskującego i wskazanie celu wsparcia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załączniki

1. Kopia Legitymacji Emeryta- Rencisty ,
2. Pełnomocnictwo osoby reprezentującej wnioskującego ,
3.
4.

Czytelny podpis wnioskującego

Czytelny podpis Pełnomocnika/Opiekuna Prawnego.....

