

Sieradz, dn. 20..... r.

.....
(imię i nazwisko kandydata, lub
rodzica/opiekuna prawnego kandydata)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres do korespondencji)

Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci
Niepełnosprawnych DARY LOSU
w Sieradzu
ul. Władysława Warneńczyka 1
98-200 Sieradz

Zwracam się z prośbą o umożliwienie korzystania z subkonta w **Stowarzyszeniu Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych DARY LOSU w Sieradzu** dla:

.....
(imię i nazwisko kandydata)

w celu gromadzenia pieniędzy **na pokrycie kosztów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji lub kosztów poprawy warunków socjalno-bytowych.**

Jednocześnie informuję, że Kandydat pozostaje pod stałą opieką:

Poradni:

.....
Lekarza o specjalności.....

z powodu schorzenia

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

.....
(czytelny podpis)

W załączeniu orzeczenie o niepełnosprawności / zaświadczenie o stanie zdrowia*

*niepotrzebne skreślić.