

miejsowość, data.....

Załącznik nr 4 do Regulaminu

Imię i nazwisko wnioskodawcy/wnioskodawców, telefon, e-mail:

.....
.....

Adres zamieszkania:

.....
.....

Fundacja "Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową"
ul. Ślężna 114s/1, 53-111 Wrocław

WNIOSEK O WYPŁATĘ WSPARCIA "PO STRACIE"

Niniejszym jako osoba upoważniona, zwracam się z prośbą o wypłatę z Konta imiennego mojego Dziecka (imię i nazwisko Dziecka)

Wsparcia "po stracie" w wysokości:

Wsparcie proszę wypłacić na następujący numer rachunku bankowego:

.....

Do wniosku załączam kserokopię aktu zgonu Dziecka.

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek