Директору Благотворительного фонда
поддержки деятелей искусства «Артист»
Каталиной О.Е.

От _____
фамилия

_____
имя, отчество

проживающего (щей) по адресу: _____

_____

_____

телефон _____

Заявление

Прошу Вас оказать мне благотворительную помощь в оплате необходимого лечения.

_____ _____
подпись дата

Я __
Паспорт _____
Дата выдачи _____
Настоящим даю согласие на обработку, использование и хранение моих персональных данных с учетом положений Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных»
«____» _____ 20___г. _____
подпись

Примечание: 1. В тексте заявления У*КАЗАТЬ какие необходимы* обследования, *консультации специалиста*, необходимость *оплаты исследований/анализов по текущему заболеванию* (*указать какому*),
2. *Далее необходимо максимально полно изложить суть проблемы и указать причины, почему запрашиваемую помощь невозможно получить в рамках ОМС*