PALM OF HOPE

GIVING CHILDREN A HOPE FOR TOMORROW

Президенту благотворительного фонда "Ладонь Надежды" Карине Йозеф

_____

(Ф.И.О. заявителя)

Паспорт: серия:_____ № _____,

Выдан: «__ » _____ _____ года

_____

(кем выдан)

Код подразделения: _____

Зарегистрированной (го) по адресу:

_____

_____

_____

Телефон контактный: _____

Страховое свидетельство

№ _____

ИНН _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас оказать помощь в оплате лечения / реабилитации _____

моему ребенку, _____, в связи с тяжелым

материальным положением.

Даю согласие на использования в СМИ, включая Интернет, всех переданных мной, подтверждающих достоверность информации документов, медицинских выписок и фотографий.

Приложение:

1.
2.
3.

_____ _____ _____

ФИО подпись дата

PALM OF HOPE
15292 Tricia Lane, La Mirada, CA 90638
714.458.2563
www.PalmOfHope.org
info@palmofhope.org