Президенту Благотворительного фонда «Изгелек»

Гайсиной З.Х.

От Ивановой А.А

Проживающей по адресу:

РБ Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу оказать помощь моему сыну Иванову В.В.

- Возраст ребенка.

- Какую помощь вы хотите получить.

-Обоснование, почему у вас нет возможности оплатить лечение самостоятельно.

**Дата и подпись**