|  |  |
| --- | --- |
|  | Совету Благотворительного фонда поддержки медицинских работников «Врачебное братство»  от:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (Фамилия, имя, отчество Заявителя) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

на предоставление благотворительной помощи в соответствии с Благотворительной программой «Помощь врачам, имеющим тяжелобольных детей» (далее – «Благотворительная программа»)

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество Заявителя полностью, адрес регистрации)

являясь законным представителем ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения ребенка)

прошу включить меня в Благотворительную программу, и оказать мне благотворительную помощь, необходимую для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С Положением о Благотворительной программе «Помощь врачам, имеющим тяжелобольных детей» ознакомлен(а) и согласен(на).

Комплект документов в соответствии с п.11.2 Благотворительной программы прилагаю.

**ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата на момент написания заявки, подпись

Заполняется сотрудником БФ «Врачебное братство»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование документа | Отметка о наличии (Да/Нет) |
| 1. | Паспорт заявителя (первая страница и страница с пропиской) – скан или копия |  |
| 2. | Диплом врача – скан или копия |  |
| 3. | Паспорт/свидетельство о рождении детей/ребенка – скан или копия |  |
| 4. | Заявка по установленной форме – оригинал |  |
| 5. | Согласие на обработку персональных данных – оригинал |  |
| 6. | Справка о доходах за 6 месяцев (при наличии) – оригинал |  |
| 7. | Выписка из трудовой книжки, подтверждающая стаж работы по специальности в течение, как минимум, 5 лет – скан или копия |  |
| 8. | Справка об инвалидности (если имеется) – скан или копия |  |
| 9. | Документы от государственного медицинского учреждения о состоянии ребенка и назначенном либо рекомендуемом лечении – скан или копия |  |
| 10. | Реквизиты счета в банке на имя Благополучателя или реквизиты медицинского учреждения, компании оказывающих услуги по обследованию, лечению, реабилитации, продаже лекарственных средств, медицинского оборудования и иного необходимого имущества в соответствии с Благотворительной программой |  |
| 11. | Лицензия на осуществление медицинской, образовательной деятельности учреждения, лицензия на осуществление деятельности поставщика иных услуг в соответствии с Благотворительной программой (если Фонд оплачивает услуги, оказываемые Заявителю, напрямую), скан или копия |  |
| 12. | Разрешение на размещение персональных данных заявителя и членов его семьи в общедоступных ресурсах сети Интернет, оригинал |  |

Должность, ФИО, дата, подпись