

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
miejsowość, data

.....
ulica, numer domu

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon kontaktowy

**Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
ul. prof. Jana Rudnika 3 b
34-700 Rabka- Zdrój**

Prośba o otwarcie subkonta 1% i/lub subkonta darowizn

Zwracam się z prośbą do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą o otwarcie:

Subkonta 1%*

Subkonta darowizn*

* (zaznaczyć właściwe)

dla.....
(imię i nazwisko pełnoletniego chorego na mukowiscydozę lub dziecka chorego na mukowiscydozę)

Zgromadzone środki zostaną przeznaczone na cele związane z leczeniem i rehabilitacją wyżej wymienionego chorego zgodnie ze Statutem Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą.

.....
(podpis wnioskodawcy)