

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
miejsowość, data

.....
ulica, numer domu

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon kontaktowy

.....
adres e-mail

(**UWAGA:** założenie subkonta/subkont
wymaga posiadanie aktywnego adresu
e-mail przez użytkownika subkonta/subkont.)

**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 Mukowiscydożą 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 z regulaminem „Prowadzenie subkont” oraz Statutem Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydożą.

.....
Podpis wnioskodawcy