

Bydgoszcz dnia .....

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Adres zamieszkania

.....  
telefon

.....  
Pesel



## Do Zarządu Fundacji Valetudinaria

### **PROŚBA**

Proszę o pomoc w umożliwieniu leczenia lub wykonania badań diagnostycznych, konsultacji w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy z powodu złego stanu zdrowia (członka mojej rodziny, inny) .....

Prośbę moją motywuję chęcią: - poprawienia stanu zdrowia (uzyskania oceny stanu zdrowia)

Nadmieniam, że na statutowe cele fundacji przekażę kwotę ..... zł.

Oświadczam, że:

1. Jestem poinformowany że powyższe świadczenia mogę uzyskać bezpłatnie w ramach Ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym realizowanym przez umowy z NFZ
2. Za wykonanie usługi nie będę rościć świadczeń finansowych od NFZ lub 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ.

.....  
podpis