HUMANITARNI FOND NOVI ŽIVOT STEFAN MILIVOJEVIĆ

BROJ PROFILA KORISNIKA

ZAHTEV ZA ZASNIVANJE KORISNIČKOG ODNOSA
(DECA)

DETE

Ime : _____

Prezime: _____

Datum rođenja: _____

JMBG: _____

Dijagnoza: _____

Šifra dijagnoze: _____

Zdravstvena ustanova:

_____

Dokumenta koja se prilažu:

- ○ Izvod iz matične knjige rođenih
- ○ Fotografija korisnika
- ○ Tekst o korisniku
- ○ Dijagnoza
- ○ Lična karta zastupnika

○ RODITELJ ○ STARATELJ ○ ZAKONSKI ZASTUPNIK

Ime: _____

Prezime: _____

Broj lične karte/pasoša: _____

JMBG: _____

Ulica i broj: _____

Grad/opština: _____

Mesto: _____

Fiksni telefon: _____

Mobilni telefon: _____

E-mail adresa: _____

Dodatni kontakt za hitne slučajeve:

Ime i prezime: _____

Mobilni telefon: _____

Potreban iznos pomoći:

								,			RSD

Razlog prikupljanja pomoći:

_____

_____

_____

NAPOMENA: Svojim potpisom potvrđujem da sam upoznat sa uslovima za zasnivanje korisničkog odnosa, načinom prikupljanja i uslovima korišćenja donacija Humanitarnog fonda „Novi život" – Stefan Milivojević, i da sam saglasan da gorenavedene podatke Fond može koristiti za potrebe prikupljanja donacija.

Podnosilac zahteva: _____

u Kragujevcu, _____ 20_____ godine

Zahtev primio: _____