|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

ИНН 1646048560, КПП 164601001, ОГРН 1201600061651.

р/с 4070381086200000000134 в отделении №8610 ПАО сбербанк в Отделении-НБ Республики Татарстан, к/с 30101810600000000603, БИК 049205603.

423603, РТ, г. Елабуга, ул. Чапаева, д. 51А. Тел.: (917) 392-81-69. e-mail: 89173928169@mail.ru

www.fond-alabuga.ru

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фио)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фактом подачи Заявления о предоставлении благотворительной помощи подтверждаю, что становлюсь Благополучателем и подтверждаю нижеследующее:

- представленные мною Заявление, Анкета и другие подтверждающие документы содержат достоверную информацию;

- в случае ухудшения состояния здоровья Благополучателя вплоть до наступления смертельного исхода во время сбора и перечисления необходимых для оплаты лечения (товаров, материалов медицинского назначения) финансовых средств, в связи с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления, Благополучатель и/или уполномоченные им лица не имеют ни к Фонду, ни к Благотворителям никаких претензий;

- в случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Благополучателя вплоть до смертельного исхода, Благополучатель и/или уполномоченные им лица не имеют ни к Фонду, ни к Благотворителям никаких претензий;

- в случае принятия положительного решения о предоставлении финансирования Благополучатель дает разрешение на использование и публикацию (без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций) Фондом и/или третьими лицами с согласия Фонда в рамках предоставления благотворительной помощи (в частности, для информирования общественности и третьих лиц о необходимости лечения или иной социальной поддержке Благополучателя, для привлечения средств для Благополучателя, для информирования Благотворителей о результатах оказания Благополучателю помощи и в иных случаях) информации, представленной Благополучателем для получения благотворительной помощи (включая ФИО Благополучателя, год рождения, историю заболевания или описание тяжелой жизненной ситуации, данные, подтверждающие состояние здоровья Благополучателя, прохождение и результаты лечения, место проведения лечения, фото- и видеоматериалы).

- при необходимости Благополучатель готов принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований на лечение, либо проводимых Фондом в целях подтверждения информации о прохождении лечения для оказания благотворительной помощи.

- заявитель обязуется в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения информации сообщать Фонду об отмене, переносе, изменении типа, стоимости лечения, а также об оплате медицинских товаров/услуг, подлежащих финансированию из иных источников.

- в случае смерти конечного Благополучателя (до закрытия сбора денежных средств) передаю право Фонду использовать собранные пожертвования на оказание благотворительной помощи другим Благополучателям, находящимся в очереди на предоставление благотворительной помощи.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка подписи