.....
(Imiona i Nazwisko)

.....
(Adres)

.....
(Adres –c.d.)

.....
(Nr telefonu)

.....
(Miejscowość, data)

Rada Funduszu Samopomocy Aptekarskiej
przy Gdańskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej
ul. Rakoczego 9/U4
80-288 G d a ń s k

W związku z trudną sytuacją finansową i koniecznością ponoszenia znacznych nakładów finansowych na leczenie i rehabilitację zdrowotną, zwracam się z prośbą o przyznanie mi **z a p o m o g i f i n a n s o w e j**.

Kwotę ewentualnej zapomogi odbiorę osobiście / proszę przekazać na konto bankowe *.

.....
(Podpis)

Załączniki:

1. Zaświadczenie o zarobkach
2. Zaświadczenie lekarskie
3. Rachunki za zabiegi, operacje itp. (jeśli dotyczy).

* - niepotrzebne skreślić