

Jelentkezési lap
Az Abbázia Közhasznú Alapítvány
2020 évi PÁLYÁZATÁRA

Alulírott,

| | |
|-----------------------|--|
| Név: | |
| Lakcím: | |
| Telefonszám (ha van): | |
| E-mail cím (ha van): | |
| Bankszámlaszám: | |

ezennel részt kívánok venni a Magyarország, 8360 Keszthely, Erzsébet királyné útja 21. szám alatti székhelyű ABBÁZIA Közhasznú Alapítvány által kiírt pályázaton, fogászati támogatás/egészségügyi ellátás, eszközök igénybe vétele érdekében.

A következő cél tekintetében szeretném igénybe venni a támogatást:

Kötelezem magam arra, hogy a támogatást kizárólag egészségügyi célból veszem igénybe.

Kelt:

aláírás