

Jelentkezési lap
Az Abbázia Közhasznú Alapítvány
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