

.....  
(Imiona i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Adres)

.....  
(Adres –c.d.)

.....  
(Nr telefonu)

**Rada Funduszu Samopomocy Aptekarskiej  
przy Gdańskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej  
ul. Batorego 18  
80-251 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