**Директору БФ им. В.И. Сапрунова**

**Александрову Ю.Д.**

**От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявление**

Дата: « » 20 г.

Я (ФИО)\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - Благополучатель), прошу оказать благотворительную помощь в рамках благотворительной программы Фонда «Здоровая нация» (далее - Программа).

**1. Краткое описание причин и обстоятельств, в силу которых возникла необходимость в получении благотворительной помощи (Кому оказывается помощь)**

**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, дд.мм.гг рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

**Возраст** \_\_\_\_\_\_\_\_лет.

**Адрес регистрации:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактные данные родителей/опекунов:**

Родитель тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Родитель тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Опекун тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семья полная/неполная (нужное подчеркнуть)

2. **Цель обращения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. **История потенциального подопечного (обоснование обращения за помощью):**

*- когда начались проблемы со здоровьем (с рождения или позже, при каких обстоятельствах, в чем заключались); если это результат несчастного случая, то как и когда он произошел:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*- где обследовались, лечились, как часто проходит реабилитацию:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*- состояние нуждающегося в помощи на данный момент, что может делать сам, какие в последнее время ухудшения/улучшения:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*- рекомендации и прогнозы врачей:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*- почему выбрана именно эта клиника, как ее нашли:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*- в чем заключается лечение/обследование (указать, что именно планируется делать и каких результатов достигнуть):*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*- обоснование срочности (планируемая дата и почему нельзя отложить на другой срок); какие будут последствия, если лечение не провести в ближайшее время:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*- немного подробнее о нуждающемся в лечении (образ жизни - развернутый ответ) и о семье (состав семьи, материальное положение):*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

4. Ссылки на группы помощи в соцсетях (при наличии):

**5. К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:**

(отметьте «галочкой» те документы, которые приложены к заявлению):

* Копия всех (включая незаполненные) страниц паспорта Благополучателя (его законного представителя);
* Копия свидетельства о рождении (с двух сторон с отметкой о гражданстве);
* Копия свидетельства об инвалидности;
* Копия заключения специалиста лечебного учреждения, где планируется провести лечение Благополучателя, с обоснованием выбора метода лечения или использования для лечения товаров (материалов) медицинского назначения. Заключение оформляется на бланке учреждения, заверяется руководителем учреждения (или иным уполномоченным на то лицом) и скрепляется печатью учреждения или врача;
* Счет лечебного учреждения за лечение Благополучателя, с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Благополучателя, заверенный подписями руководителя лечебного учреждения или иного уполномоченного лица и главного бухгалтера, скрепленный печатью лечебного учреждения;
* Фотография Благополучателя (размер не менее 6x8 см, с четким изображением; можно в электронном виде);
* Справка о составе семьи;
* Копия свидетельства о разводе (о смерти), если семья не полная;
* Справка 2-НДФЛ либо копия трудовой книжки для неработающих родителей (законных представителей);
* Выписка из медицинской карты;
* Справка из уполномоченного государственного фонда о получаемых пособиях;
* Прочие документы, которые могут быть запрошены Благотворителем, в связи с обстоятельствами, указанными в заявлении.

**6. Для включения в Программу Благополучатель соответствует следующим условиям:** (отметьте «галочкой» те условия, которым соответствуете):

* Благополучатель является гражданином Российской Федерации (проживающий на территории Самарской области);
* Лечение планируется проводить в российском Лечебном учреждении, обладающим необходимым для лечения материально-техническим обеспечением и штатными либо приглашенными специалистами., что подтверждается письмом, подписанным руководителем Лечебного учреждения или инымуполномоченным лицом и заверенным печатью Лечебного учреждения. В случае если документы (счёт на лечение, письмо и т.д.) существуют на иностранном языке, Благополучателю необходимо предоставить в фонд нотариально заверенный перевод на русский язык.

Настоящим Благополучатель подтверждает, что ознакомлен и согласен со следующими положениями:

* Выполнены все необходимые условия для включения Благополучателя в Программу;
* Благополучатель ознакомлен с Положением, о Программе Фонда;
* Представленные Благополучателем в качестве приложений к настоящему Заявлению 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 Менеджерам Программы 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 менеджерам Программы никаких претензий;
* В случае принятия Фондом положительного решения о предоставлении финансирования Благополучатель дает разрешение Фонду и/или третьим лицам с согласия Фонда на использование и публикацию информации, представленной Благополучателем для участия в Программе. Использование и публикация информации Фондом и/или третьими лицами с согласия Фонда осуществляется без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций. Использование впубликацию информации, представленной Благополучателем Фонду и/или третьим лицам с согласия Фонда в рамках реализации Программы осуществляется, в частности, для информирования общественности итретьих лиц о необходимости лечения Благополучателя, для привлечения средств на лечение Благополучателя, для информирования менеджеров о результатах лечения Благополучателя и в иных случаях. Благополучатель дает разрешение Фонду и/или третьим лицам с согласия Фонда на использование и публикацию информации, представленной Благополучателем для участия в Программе включая фамилию, имя и отчество, год рождения, регион проживания, историю заболевания данные, подтверждающие состояние здоровья, прохождение и результаты лечения, место проведения лечения и фотографию Благополучателя.
* При необходимости Благополучатель готов принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований для оказания благотворительной помощи, и сбора необходимой информации в рамках реализации Программы.
* В случае получения Благополучателем финансирования, подлежащего финансированию по Программе, из иных источников или отмене, переносе, изменении типа, стоимости лечения. Благополучатель обязуется устно или письменно уведомить об этом Менеджера программы в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения данной информации.
* Благополучатель обязуется предоставить в Фонд документы, подтверждающие факт оказания благотворительной помощи компанией-поставщиком или иным третьим лицом (если благотворительная помощь предоставляется в виде оплаты их услуг илитоваров), в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней после оказания благотворительной помощи. Выписка из лечебного учреждения, где проводилось лечение по Заявлению, предоставляется в течение 10 (десяти) рабочих дней после окончания лечения. В противном случае Благополучатель принимает на себя обязательства вернуть Фонду всю сумму благотворительной помощи в течение 3 (трех) месяцев от даты оказания Фондом благотворительной помощи оказанной компанией-поставщиком илииным третьим лицом (если благотворительная помощь предоставляется в виде оплаты их услуг или товаров) или в течение 3 (трех) месяцев от даты выписки из лечебного учреждения, после оплаченного Фондом лечения, если иное не предусмотрено условиями договора.
* Получение настоящего Заявления Фондом и получение Благополучателем положительного решения оформленного в письменном виде за подписью Директора Фонда о предоставлении благотворительной помощи в ответ на Заявление подтверждает намерения Благополучателя принять от Фонда единовременную благотворительную помощь н намерение Фонда оказать такую благотворительную помощь, и является фактом заключенного договора о предоставлении единовременной помощи между Фондом и Благополучателем путем обмена указанными документами.

**Настоящим Благополучатель подтверждает**

* Что настоящее Заявление подписано им добровольно, без какого-либо внешнего воздействия морального или физического характера;
* Что Благополучателю понятен смысл всех положений, содержащихся в настоящем Заявлении, а также все проистекающие из них обязательства и действия Благополучателя;
* Что Благополучатель предупрежден об уголовной ответственности за предоставление заведомо ложных (поддельных) документов и информации;
* Что Благополучатель согласен, что представленные им документы и информация будет проверена всеми законными способами;
* Что в случаях предоставления Благополучателем заведомо ложных (поддельных) документов, а информации Фонд оставляет за собой право обратиться с заявлением о проверке данного факта в правоохранительные органы;
* С Благотворительной Программой «Здоровая нация», ознакомлен и согласен. Настоящим заявлением выражаю и подтверждаю своей подписью согласие на обработку моих персональных данных;
* В случае принятия положительного решения об оказании благотворительной помощи, даю разрешение на использование и публикацию информации, представленной мной для участия в Программе «Здоровая нация»;
* Разрешение на использование и публикацию информации даю (без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций) Фонду и/или третьими лицами с согласия Фонда в рамках реализации Программы.

(ФИО полностью и подпись заявителя)

Подача Заявления происходит непосредственно в Фонд по указанному в Положении адресу, по предварительной договорённости о встрече по телефону или электронной почте с ответственными лицами Фонда.

5. Заявление принял Менеджер Программы:  
5.1. Порядковый входящий номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.2. Количество листов Заявления (прописью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.3. Количество листов приложения (прописью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО подпись (дата)