…………………………………………………..

Miejscowość, data

……………………………………….

Imię i nazwisko Podopiecznego

……………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

……………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………….

Numer telefonu

**PROŚBA O PRZEKSIĘGOWANIE ŚRODKÓW**

Proszę o przeksięgowanie kwoty…………………………………………………………………………………………

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………….……………………)

z subkonta mojego dziecka ………………………………………………………. ( imię i nazwisko dziecka) na:

* subkonto podopiecznego ……………………………………………………… (imię, nazwisko Podopiecznego Fundacji ISKIERKA)
* projekt, oddział ………………………………………………………………......... (nazwa oddziału onkologicznego dla którego chcą Państwo przekazać środki lub projektu, np. oddział Katowice, projekt arteterapia, zakup leków, akcja lato)

....………………………………………………….

podpis rodzica

.........................................................

podpis pracownika Fundacji