

Załącznik nr 2

Wniosek o ponowne otwarcie konta imiennego

Miejscowość, dnia.....

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego*

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

WNIOSEK

Proszę o ponowne otwarcie mojemu synowi/córce/podopiecznemu*.....
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego w/we*
(dzień, miesiąc, rok) (miejscowość)

konta imiennego (subkonta) z powodu wznowy choroby/leczenia następstw choroby nowotworowej*.

.....

(podpis rodzica lub opiekuna)

***NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**