

**MÁJBETEGEKÉRT ALAPÍTVÁNY**

*Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet,*

*Szt. László Kórház telephely, Hepatológia*

1097 Budapest, Albert Flórián út 5-7., e-mail: [villert@lamb.hu](mailto:villert@lamb.hu)

**TÁMOGATÁSI KÉRELEM**

A Májbetegekért Alapítvány által a COVID-19 járvány kapcsán közzétett támogatásra,

a Szent László Kórház Központi Felnőtt Szakrendelőjében májbetegek ellátását, gondozását is végző egészségügyi dolgozók részére

**A támogatást igénylő adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| Neve: |  |
| Leánykori neve: |  |
| Anyja neve: |  |
| Lakcím: |  |
| Születési hely, idő: |  |
| TAJ szám: |  |
| Adóazonosító jel: |  |
| Bankszámla száma: |  |
| Bankszámla tulajdonos neve: |  |

**A támogatás adatai:**

A támogatás maximális mértéke havi 55.000 Ft, mely legfeljebb 3 hónap időtartamra igényelhető.

A Májbetegekért Alapítvány kuratóriuma a támogatási kérelmek bírálatakor dönthet az igényelttől eltérő, alacsonyabb támogatási összegről vagy/és rövidebb támogatási időtartamról.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Az igényelt havi összeg (Ft): | …………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Igényelt időtartam  *(kérjük aláhúzni a megfelelőt):* | 1 hó | 2 hó | 3 hó |

Májbetegek ellátása, gondozása során végzett feladataim a Szent László Kórház Központi Felnőtt Szakrendelőjében:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kelt: Budapest, 2020. ………………………….

………………………………………………………….

Támogatást kérelmező aláírása