

Projekt: „SOL' NAD ZLATO“

Projekt pomoci CF pacientom s dostupnosťou k inovatívnym liekom

ŽIADOSŤ o pomoc s úhradou inovatívnych liekov

Meno a priezvisko žiadateľa:

Adresa:

Telefón:

E-mail:

Popíšte, čo všetko ste už pre získanie liekov urobili:

Dátum, miesto.....

.....

Podpis žiadateľa

Prílohy:

1. doklad so zamietavým stanoviskom zdravotnej poisťovne
2. funkčné vyšetrenie pľúc

Adresa na zasielanie žiadostí: **Slovenská Asociácia Cystickej Fibrózy (CF Asociácia)**

Park Angelinum 2, 040 01 KOŠICE

Žiadosť s prílohami doručená a zaevidovaná dňa:

Žiadosť zaevidoval – meno, podpis:

**PLATFORMA NA VÝBER PROSTRIEDKOV PRE ZÁCHRANU ŽIVOTOV PACIENTOV
S CYSTICKOU FIBRÓZOU**

IBAN: SK56 8330 0000 0029 0188 8624

Vyhlasujem, že údaje v tejto žiadosti sú podľa mojich vedomostí pravdivé a úplné. Som si vedomý/ vedomá právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov, ako i povinnosti vrátiť neprávom vyplatenú sumu o pomoc s úhradou inovatívnych liekov. Súhlasím, aby moje osobné údaje a informácie uvedené v tejto žiadosti boli použité v konaní pri prideľovaní finančných prostriedkov v rámci projektu „Sol' nad zlato“ a boli uchovávané v informačnom systéme Slovenskej Asociácie Cystickej Fibrózy. Som si vedomý/vedomá nevyhnutnosti oznámiť Slovenskej Asociácii Cystickej Fibrózy každú zmenu údajov uvedených v žiadosti.