

PÁLYÁZATI FORMANYOMTATVÁNY

Gyógyszertámogatási Program – Csere Kör Közösségi Egyesület

A jelentkezéshez kérjük, töltsse ki az alábbi formanyomtatványt és csatolja a szükséges dokumentumokat.

1. Személyes adatok

- **Név:** _____
 - **Születési név:** _____
 - **Születési hely, idő:** _____
 - **Lakcím:** _____
 - **Telefonszám:** _____
 - **E-mail cím (ha van):** _____
-

2. Nyugdíj adatok

- **Havi nyugdíj összege (nettó):** _____ Ft
(Kérjük, csatolja a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság (2025. évi) igazolását a nyugdíj ellátás összegéről)
-

3. Egészségügyi adatok

- **Rendszeresen szedett gyógyszerek:**
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 - **Orvosi igazolás vagy receptmásolat:**
 Csatolva
(Kérjük, csatolja az orvosi igazolást vagy a receptmásolatot, amely igazolja a gyógyszeres kezelés szükségességét.)
-

4. Támogatás igénylése

- **Összeg: 10.000 Ft/hó gyógyszertári utalvány**
 - **Igénylés időtartama: 1 év (a támogatás évente megújítható új pályázattal).**
-

5. Nyilatkozatok

- Nyilatkozom, hogy az általam megadott adatok valósak és pontosak. Tudomásul veszem, hogy a pályázat elbírálása rászorultsági alapon történik.
- Elfogadom, hogy a támogatás az Egyesület nevére szóló, a támogatott nevét is tartalmazó gyógyszerértári számla benyújtása után kerül kifizetésre.
- Nyilatkozom, hogy amennyiben a támogatás a támogatási időszak alatt az Egyesület hatáskörén kívül eső okból megszűnik, semmilyen anyagi követeléssel nem lépek fel az Egyesülettel szemben.
- Hozzájárulok a megadott személyes adataim kezeléséhez a pályázat elbírálásának céljából, az adatvédelmi szabályoknak (GDPR) megfelelően.

Aláírással igazolom, hogy a pályázati feltételeket elfogadtam.

Dátum: _____

Aláírás: _____

Mellékletek listája (kérjük, jelölje, mit csatolt):

- Nyugdíjigazolás
- Orvosi igazolás vagy receptmásolat
- Egyéb

Kérjük, a kitöltött formanyomtatványt és a mellékleteket az alábbi módon juttassa el az Egyesület részére:

Elektronikus úton: cserekor@gmail.com

Postai úton: Csere Kör Közösségi Egyesület

3300 Eger, Cifrakapu u. 47. földszint

Kérjük, a borítékon tüntesse fel: „Gyógyszertámogatási pályázat”.

Személyesen: Az egyesület képviselőjének átadva

Köszönjük, hogy pályázatával hozzájárul a program sikeréhez!
Csere Kör Közösségi Egyesület