**Iktatószám: ………………………………… (Egyesület tölti ki!)**

# Pályázati adatlapVakok és Gyengénlátók Hermina Egyesülete2024. évi segédeszköz pályázat

## Pályázó adatai

*Pályázó neve*: ……………………………………………………………………

*Születési helye, ideje*: ………………………...………………………………...

*E-mail címe*: ...……………………………………………………………………

*Telefonszáma*: ...…………………………………………………………………

*Törzsszáma*: ...…………………………………………………………………...

*Készpénzben vagy átutalással kéri a kifizetést*: ...…………………………...

*Bankszámla tulajdonos neve*: ...………………………………………………..

*Bankszámlaszám* (csak átutalás esetén): ....…………………………………

## A megvásárolni kívánt segédeszköz adatai

*Segédeszköz pontos megnevezése:* ...……………………………………….

*Segédeszköz tervezett beszerzési helye:* …………………………………….

*Segédeszköz aktuális ára:* ……………………………………………………..

*A 2023-as pályázaton kapott-e ilyen eszközre támogatást egyesületünktől?* ……………

## Kérjük indokolja a segédeszköz beszerzését (kötelező kitölteni):

## Ha pályázatához orvosi vagy más iratot csatol, kérjük alább sorolja fel őket:

Alulírott nyilatkozom, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a pályázati kiírásban szereplő feltételeket megismertem, és azokat elfogadom és magamra nézve kötelező érvényűnek tartom.

Kelt: Budapest, 2024. …………………

**Pályázó aláírása………………………………………………**

**A Vakok és Gyengénlátók Hermina Egyesületének munkatársaként a pályázatot átvettem**.

Kelt: Budapest, 2024. ………………….

**Átvevő aláírása…………………………………………………**