

Miejscowość..... data.....

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres*

.....  
**Do:**  
**Fundacja POLSAT DZIECIOM**  
**ul. Ostrobramska 77**  
**04-175 Warszawa**  
**+48225145555**

### PROŚBA

Zwracam się z wielką prośbą w imieniu mojego dziecka: ....., chorego na mukowiscydozę do Fundacji POLSAT DZIECIOM o pomoc finansową w zakupie preparatów AquADEKs. Składniki odżywcze, zawarte w preparacie AquADEKs są niezbędne do prawidłowego rozwoju mojego dziecka.

Cena tego preparatu w aptekach jest dla mnie zbyt wysoka (cena: 189,00 zł za 1 szt.). Apteka w jakiej są dostępne produkty AquADEKs to apteka przy ul.

.....  
.....  
.....  
lub inna apteka przez Państwa wskazana.

Preparaty AquADEKs mogą być dostarczone do apteki w niższej cenie przez Fundację „jesteśmyOK” dzięki częściowej dotacji z ich strony, tj. w kwocie 113 zł za 1 szt.

Z góry dziękuję za pomoc Państwa Fundacji POLSAT DZIECIOM w zakupie preparatów AquADEKs na trzymiesięczną kurację.

Podpis rodzica

.....  
*Wypełnia lekarz prowadzący:*

Zaświadczam, że pacjent/ka..... jest chory/a na mukowiscydozę i przebywa pod opieką specjalistyczną .....

Dla prawidłowego rozwoju niezbędna jest podaż witamin i antyoksydantów rozpuszczalnych w tłuszczach, których przyswajalność jest zaburzona ze względu na chorobę. Dlatego też konieczna jest podaż składników odżywczych w formie rozpuszczalnej w wodzie, zapewniających łatwiejszą biodostępność. Zwracam się z prośbą o pomoc w zakupie dla pacjenta/ki produktów:

- AquADEKs Pediatric Liquid, 60 ml
- AquADEKs Tabletki do żucia, 60 tabl.
- AquADEKs Kapsułki, 30 kap.

w ilości ..... opakowań, na trzymiesięczną kurację leczenia mukowiscydozy. Łączny koszt zakupu preparatów AquADEKs na trzymiesięczne leczenie stanowi kwotę: ..... (113 zł x ilość op.).

Podpis i pieczętka lekarza