**ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(назва організації, контактний телефон)

**1. ПІБ особи** (повністю) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Місце знаходження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(за бажанням особи зазначити лише регіон, область)

**4. Контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Електронна адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(за бажанням особи) (за бажанням особи)

**5. Статус особи: □ УБД □ постраждалий □ дитина □ інша особа**

**6. Уражена верхня кінцівка: □ ліва □ права □ двобічна ампутація**

**7. Уражена нижня кінцівка: □ ліва □ права □ двобічна ампутація**

**8. Наявна ампутація: □ стопи □ гомілки □ стегна**

**□ вичленення в гомілковостопному суглобі**

**□ вичленення в тазостегновому суглобі**

**□ вичленення в колінному суглобі**

**□ резекція тазу**

**□ плече □ кисть □ передпліччя**

**□ вичленення в плечовому суглобі**

**□ вичленення в ліктьовому суглобі**

**□ вичленення в променезап’ястковому суглобі**

**□\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(інше)

**9. Зазначити кінцівку(ки), яку (які) планується протезувати за благодійні кошти\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**10. Інформація щодо виробу чи його комплектуючих, що надаються за благодійні коши:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Назва виробу** | **Назва основних благодійних комплектувальних виробів** | **Модель** | **Виробник** | **Орієнтовна вартість, грн.\*** | **Примітка** |
| 1 |  |  |  |  |  | Вся комплектація та матеріали за благодійні кошти / вся вартість виробу за благодійні кошти |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***Загальна вартість виробу (орієнтовна)*** | | |  | | |
| 2 |  |  |  |  |  | Зазначені комплектуючі планується надати за благодійні кошти |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | |  | | |

**11. Підприємство, яке буде здійснювати протезування:**

**□ вітчизняне □ закордонне**

**12. Назва підприємства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**13.\*\* Згода особи на обробку персональних даних \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(так/ні)

***\* - орієнтовна вартість зазначається за наявності цієї інформації***

***\*\* - надати Фонду копію згоди особи на обробку персональних даних***

**Керівник організації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(інша уповноважена особа) (власне ім’я ПРІЗВИЩЕ) (підпис) (дата)

**Інформацію надавати на електронну адресу** [**OYakubovych@ispf.gov.ua**](mailto:OYakubovych@ispf.gov.ua)**.**

**Контактна особа: Олена Якубович (044) 293 17 60**