**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****.**

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