



Асоциация лицеви
аномалии – АЛА
www.ala-bg.org

Association facial
anomalies – ALA
www.ala-bg.org

МОЛБА

Уважаеми членове на УС на Асоциация АЛА,

Моля да бъде дофинансирано ортодонтското лечение на,
....., на ГОДИНИ.

Лечението ще се провежда от доктор, в
периода от ДО, за
първа / втора / трета година.

Детето ми е с вродена цепнатина на устната / устната и небцето / небцето. Лекувано е
оперативно в Отделение по ПВЕ Хирургия за деца, като са му направени операция на:

Небце

Устна

Запознат/а съм с регламента за финансиране на ортодонтското лечение и изискването да
заплащам текущо терапията. Прилагам Декларация за доходите на семейството ми.

След приключване на определен етап от лечението и изпълнение на условията в
регламента, ще кандидаствам за възстановяване на сумата от 1000 лв.

Съгласен/на съм детето ми да бъде включено в проекта.

.....
.....

/Име, Фамилия, Адрес, Телефон, E-mail на родителя за кореспонденция/

Дата:..... Подпис:.....