

# V Á L A S Z L E V É L

az Autizmus Alapítvány Ambulanciájának;  
levelezési címe: 1426 Budapest, Pf. 68.;;  
Tel.: (06-1) 334-11-23; e-mail: ambulancia@autizmus.hu

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Gyermek neve        | Szülő neve |
| Születési ideje     | Lakcím     |
| Anyja lánykori neve | Telefon    |

Kérjük a következőkben aláhúzással jelölje meg választát:

## **1. FENNTARTOM VIZSGÁLATI KÉRELMEMET**

**a térítési díjat vállalom (37 800 Ft)**

**a teljes költséget vállalom (126 000Ft)**

(Ebben az esetben a befizetéshez szükséges csekket a vizsgálati időpontról tájékoztató levelünkben mellékeljük)

## **2. FENNTARTOM VIZSGÁLATI KÉRELMEMET, DE NEM TUDOM VÁLLALNI A TÉRÍTÉSI DÍJ FENTI MÓDON VALÓ KIFIZETÉSÉT**

**-engedményt kérek a térítési díjból, csak.....Ft befizetését tudom vállalni, az Autizmus Alapítvány segítségét kérem a különbözethez**

**-semmilyen körülmények között nem tudom vállalni a térítési díj kifizetését, az Autizmus Alapítvány támogatását kérem**

(Amennyiben támogatást, segítséget igényelnek, hasznos lehet indokaik, nehéz helyzetük leírása olyan levél formájában, melyet előzetes hozzájárulásukkal és feltételeikkel felhasználhatunk adományozók megkereséséhez. Amennyiben saját maguk is keresnének támogatókat, kérjük jelezzék ambulanciánk felé, hogy információs anyagok, szórólapok, stb. küldésével ehhez hozzájáruljunk.)

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
szülő aláírása

(Fenti adatokat a titoktartás szakmai szabályai szerint kezeljük.)