(Bitte auf dem Briefkopf des jeweiligen Krankenhauses)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit Bestätigen wir die Zusammenarbeit mit dem Lions Club ………………………………………………………. im Rahmen der humanitären Hilfe für die Betroffenen des Krieges in der Ukraine.

Wir als Krankenhaus bestätigen, dass wir dazu autorisiert sind, Medikamente zu empfangen und auszugeben. Wir stellen sicher, dass an uns gelieferte Medikamente zur direkten Behandlung von Verletzen und bedürftigen Menschen in der Ukraine genutzt oder kostenlos an diese ausgegeben werden.

Kontaktdaten des Krankenhauses:

Name:

Adresse:

Medizinisch qualifizierte Kontaktperson im Krankenhaus:

Name: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Email-Adresse: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Unterschrift Arzt/

Stempel des Krankenhauses

(Please use the letterhead oft he hospital)

Dear Ladies and gentlemen,

We hereby confirm our cooperation with the Lions Club…………………………………………………………………….. for humanitarian aid for those affected by the war in Ukraine.

We as a hospital confirm that we are authorized to receive and distribute medicines. We ensure that medicines delivered to us are used for direct treatment of injured and needy people in Ukraine or distributed to them free of charge.

Contact of the hospital:

Name:

Address:

Contact person with medical or pharmaceutical qualification in the hospital:

Name: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telephone: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Email: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signature medical doctor/

Stamp of the hospital

Шановні пані та панове,

Ми підтверджуємо співпрацю з організацією Lions Club ………………………………………………………………. в рамках гуманітарної допомоги постраждалим від войни в Україні.

Ми як лікарня підтверджуємо, що впопноважені приймати та видавати медикаменти. Ми гарантуємо, що доставлені нам медичні засоби будуть викортистані для безпосереднього лікування поранених та потребуючих допомоги в Україні або безкоштовно їм передані.

Контактатна інформація лікарні:

Назва:

Адреса:

Контактатна особа в лікарні, яка має медичну кваліфікацію:

Прізвище: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Телефон: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Email: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Підпис лікаря /

Печатка лікарні