

**ВІДОМІСТЬ СПЛАТИ ДОБРОВІЛЬНИХ ПОЖЕРТВУВАНЬ
ДЛЯ ХМЕЛЬНИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО ВІДДІЛЕННЯ
ВГО УКРАЇНСЬКОЇ БІБЛІОТЕЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ У _____ РОЦІ**

№	ПІБ	Місце роботи, посада	Контактна інформація	Сума	Підпис
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Разом: _____

Підпис _____

Дата _____