



АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДОУЛ

Форма-заявка в Фонд Помощи «Доулы без границ»

Имя, Фамилия * _____

Предполагаемая дата родов * _____

Домашний телефон _____

Мобильный телефон* _____

Электронная почта * _____

Адрес проживания * _____

Город/Населенный пункт * _____

Сфера деятельности * _____

Семейное положение * *(нужное подчеркнуть)*

Замужем/Гражданский брак

Разведена

Не замужем

Имя партнера/мужа (если есть) _____

Сфера деятельности партнера _____

Ваш средний месячный доход (чистый)? * *(нужное подчеркнуть)*

< 10,000 руб.

10,000 – 30,000 руб.

30,000 – 50,000 руб.

50,000 – 80,000 руб.

> 80,000 руб.

Сколько бы вы могли себе позволить заплатить за услуги доулы? * *(нужное подчеркнуть)*

< 3000 руб.

3000 – 7500 руб.

7500 – 10,000 руб.

10,000 – 14,000

> 14,000 руб.

По Вашему мнению, почему вы нуждаетесь в финансовой поддержке Фонда Помощи? *

По Вашему мнению, каким образом доула может положительно повлиять на ваши роды? *

Подтверждение*

Я прочитала все вышеизложенное и подтверждаю достоверность указанных мною данных.

ФИО, подпись, число

Заполненную анкету присылайте по адресу doulabezgranic@doularussia.ru