

[← К списку обращений](#)

Тема обращения: Социальное и пенсионное обеспечение

Подтема обращения: Социальная защита инвалидов, ветеранов и лиц, к ним приравненных

№12052300000613

Подано

Обращение подано:
Минкультуры

Заявитель: Юшкевич Светлана Генриковна

Зарегистрированного по адресу: 231295,
Гродненская область обл., Лидский р-н., г.
Лида, ул. Рублёвская, д. 13

Контактный телефон: +375297868001

Электронный адрес: ritasma2@gmail.com

 Экспортировать обра[Заявление \(Индивидуальное\)](#)[Посмотреть историю работы с с](#)Категория заявителя:
Физическое лицоСтатус физического лица:
Гражданин Республики Белару Необходим ответ на электр
адрес Необходим ответ по почтов
адресу Отправить сообщение

Заявление (Индивидуальное)

Обращаюсь к Вам с просьбой о помощи: у моей дочери, Юшкевич Риты (06.05.2020 г.р.), страшное смертельное заблывание - спинальная мышечная атрофия 2 типа (СМА 2 типа). СМА – это генетическая, прогрессирующая болезнь, при которой происходит постепенная гибель нейронов, отвечающих за работу мышц. Интеллект при этом сохраняется полностью и соответствует возрасту. Диагноз нашей младшей дочери (в семье воспитывается трое несовершеннолетних детей) поставили 20 декабря 2021 года. Учитывая тип тяжести данного заболевания и стремительную прогрессию, было принято решение о проведении лечения, препаратом Zolgensma (Золгенсма). Стоимость данного препарата неподъемная для нашей семьи – 1 819 000 долларов США. В связи с этим мы вынуждены стучать во все двери, с надеждой, что кто-то откроет нам и нашей беде! Я молю Вас о помощи! Сбор идет уже больше года, но по состоянию на 27.03.2023г. собрано лишь 8,46%. Пожалуйста, распространите информацию среди подотчетных организаций. Очень надеюсь, что найдутся добрые сердца, готовые помочь спасти нашу дочь.

Подтверждающие документы, письмо руководителю и листовку с реквизитами прилагаю.

Прикреплённые файлы

[Письмо Ру...](#) [Листовка...](#)[Пакет доку...](#)

Дата подачи: 28.03.2023 00:56

Юшкевич Светлана Генриковна

Система обращений

ritasma2@gmail.com

24/5

Республика Беларусь, г. Минск

Для обращения обратитесь по телефону: +375 29 786 80 01 или на электронную почту: ritasma2@gmail.com

РУКОВОДСТВУ

Просим Вас оказать помощь!

Добрый день!

Я, Юшкевич Светлана Генриковна.

Обращаюсь к Вам с просьбой о помощи: у моей дочери, Юшкевич Риты (06.05.2020 г.р.), страшное смертельное заболевание - **спинальная мышечная атрофия 2 типа (СМА 2 типа)**.

СМА – это генетическая, прогрессирующая болезнь, при которой происходит постепенная гибель нейронов, отвечающих за работу мышц. Интеллект при этом сохраняется полностью и соответствует возрасту.

Диагноз нашей младшей дочери (в семье воспитывается трое несовершеннолетних детей) поставили 20 декабря 2021 года.

В настоящее время в Республике Беларусь СМА лечат двумя зарегистрированными лечебными препаратами Risdiplam (Evrysdi) и Спинраза (Nusinersen). Данные препараты не включены в Республиканский формуляр лекарственных средств, в связи с чем обеспечение ими осуществляется за счет собственных средств родителей и лечение данными препаратами необходимо осуществлять всю жизнь (ориентировочный курс лечения на 3 месяца данными препаратами составляет 72 000 долларов США).

Однако, лечение может осуществляться препаратом Zolgensma. Терапия, данным препаратом, предоставляет функциональную копию гена SMN (спинально мышечной атрофии) для остановки прогрессирования заболевания посредством устойчивой экспрессии белка SMN. **Данный препарат ребенку вводится один раз и после него последуют только реабилитация, для восстановления ранее утраченных мышечных функций.**

Учитывая тип тяжести данного заболевания и стремительную прогрессию, было принято решение о проведении лечения, препаратом **Zolgensma (Золгенсма)**. **Стоимость данного препарата неподъемная для нашей семьи – 1 819 000 долларов США.** В связи с этим мы вынуждены стучать во все двери, с надеждой, что кто-то откроет нам и нашей беде!

Я молю Вас о помощи! Сбор идет уже больше года, но по состоянию на 21.03.2023

г

Пожалуйста, разрешите:

- повесить информационные листовки о сборе денежных средств (листочки предоставим в бумажном виде);
- распространить информацию среди работников вашего предприятия;
- возможно, Ваша организация может оказать посильную спонсорскую (благотворительную) помощь.

Пакет всех необходимых подтверждающих документов прилагаю.

Буду искренне благодарна за помощь и Ваш скорый ответ!

С уважением, Светлана Юшкевич.

Юшкевич Светлана Генриковна

Дата рождения 27.02.1982 г.р.

Проживающая по адресу: г. Лида, ул. Рублевская д.13

Телефон для связи: +375(29)786-80-01

e-mail – ritasma2@gmail.com

Инстаграм – @rita_sma2

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПОМОЩИ

Пополнить БАЛАНС МТС

+375(29) 264 06 46

Услуга МТС "поделись балансом"

*363*375292640646*сумма#ВЫЗОВ

КАРТА ОАО АСБ «Беларусбанк» Mastercard:

5536 0800 1192 9043

срок действия - 10/25

на имя SVIATLANA YUSHKEVICH

ОАО «Приорбанк» VISA

4916 9896 4438 9990

срок действия – 04/26

на имя SVIATLANA YUSHKEVICH

PayPal

SVIATLANA YUSHKEVICH

rita_sma2@outlook.com

Благотворительные счета

ОАО АСБ «Беларусбанк» Отделение 413/4083

г. Лида, Гродненская область;

УНП 100325912; БИК АКВВВУ2Х:

- белорусские рубли

BY45 АКВВ 3134 0000 0109 5007 0000

- доллары США

BY32 АКВВ 3134 1000 0060 1007 0000

- евро

BY69 АКВВ 3134 2000 0052 4007 0000

- российские рубли

BY94 АКВВ 3134 3000 0050 6007 0000

Назначение платежа:

Сбор средств на имя

Юшкевич Светланы Генриковны на лечение дочери

Юшкевич Риты

30

ІНШЫЯ АЗНАКІ / ДРУГІЕ ОТМЕТКИ
OTHER NOTES

РЭСПУБЛІКА БЕЛАРУСЬ / РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Прозвішча/Фамілія
ЮШКЕВІЧ / ЮШКЕВИЧ

Імя/Имя
СВЯТЛАНА / СВЕТЛАНА

Імя па бацьку/Отчество
ГЕНРЫКАЎНА / ГЕНРИКОВНА

Дата нараджэння/Дата рожнення Ідэнтыфікацыйны №/Идентификационный №
27 02 1982 4270282K018PB2

Месца нараджэння/Место рожнення
РЭСПУБЛІКА БЕЛАРУСЬ, ГРОДЗЕНСКАЯ ВОБЛАСЦЬ, Г ЛІДА /
РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г ЛИДА

Дата выдачы/Дата выдачы
12 01 2022

Тэрмін дзеяння/Срок дзейства
12 01 2032

Орган, які выдаў пашпарт/Орган, выдавший паспорт
ЛІДСКІ РАУС ГРОДЗЕНСКАЙ ВОБЛАСЦІ /
ЛИДСКИЙ РОВД ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

31

ВІЗЫ / ВІЗЫ / VISAS

ІНШЫЯ АЗНАКІ / ДРУГІЕ ОТМЕТКИ
OTHER NOTES

ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ
Отдел внутренних дел Гродненского райисполкома
ЗАРЕГИСТРИРОВАН

УЛ.

г. Мінск

Дом.

93

, корп.

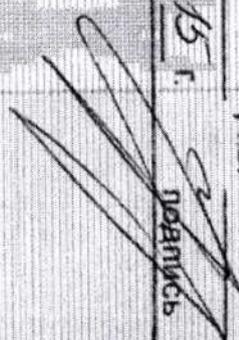
, кв.

« 18 »

11

2015 г.

подпись



30

ІНШЫЯ АЛІНАКІ / ДРУГІЕ ОТМЕТКИ
OTHER NOTES

РЭСПУБЛІКА БЕЛАРУСЬ / РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Прозвішча/Фамілія
ЮШКЕВІЧ / ЮШКЕВИЧ

Імя/Імя
РЫТА / РИТА

Імя па бацьку/Отчество
АНДРЭЭЎНА / АНДРЕЕВНА

Дата нараджэння/Дата рожнення
06 05 2020

Ідэнтыфікацыйны №/Идентификационный №
7928610A003PB4

Месца нараджэння/Место рожнення
РЭСПУБЛІКА БЕЛАРУСЬ, ГРОДЗЕНСКАЯ ВОБЛАСЦЬ, Г ЛІДА /
РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г ЛИДА

Дата выдачы/Дата выдачы
12 01 2022

Тэрмін дзеяння/Срок дзейства
12 01 2027

Орган, які выдаў пашпарт/Орган, выдавший паспорт
ЛІДСКІ РАУС ГРОДЗЕНСКАЙ ВОБЛАСЦІ /
ЛИДСКИЙ РОВД ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

31

ВІЗЫ / ВИЗЫ / VISAS

ІНШЫЯ АЗНАКІ / ДРУГІЕ ОТМЕТКИ
OTHER NOTES

ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ
Отдел внутренних дел Гродского райисполкома
ЗАРЕГИСТРОВАН

УЛ.

Рудольфская

ДОМ.

83

, КОРП.

, КВ.

« *20* »

05

2020 г.

Лидиньск

ПАСВЕДЧАННЕ АБ НАРАДЖЭННІ

Грамадзянін(ка) Юшкевіч
Рыта Андрэвуна
прошвечка
 ідэнтыфікацыйны № 7928610A003PB4
уласнае імя, імя па бацьку
 нарадзіўся(пася) 06.05.2020 шостага мая дзве тысячы
дваццацатага года
чысло, месяц, год лічбамі і літарамі

аб чым у кнізе рэгістрацыі актаў аб нараджэнні
19 чысла мая месяца 2020 года

зроблен запіс за № 366
 Месца нараджэння: рэспубліка (дзяржава) Беларусь
 вобласць (край) Гродзенская

раён _____
 горад (пасёлак, сяло, вёска) г. Ліда

БАЦЬКІ:
 Бацька Юшкевіч
Андрэй Іосіфавіч
прошвечка
уласнае імя, імя па бацьку
 нацыянальнасць поляк

Мач Юшкевіч
Святлана Генрыкаўна
прошвечка
уласнае імя, імя па бацьку
 нацыянальнасць полька

Месца рэгістрацыі нараджэння Адзел ЗАГС Лідскага
назва органа загса
райвыяўка Гродзенскай вобласці

Дата выдачы 19 мая 20 20 г.

Кіраўнік органа М.М.М.
Н.К.Малышка

ІДР № 0446944

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Гражданин(ка) Юшкевич
Рита Андреевна
фамилия
 идентификационный № 7928610A003PB4
собственное имя, отчество
 родился(лась) 06.05.2020 шестого мая две тысячи
двадцатого года
число, месяц, год цифрами и прописью

о чем в книге регистрации актов о рождении
19 числа мая месяца 2020 года

произведена запись за № 366
 Место рождения: республика (государство) Беларусь
 область (край) Гродненская

район _____
 город (посёлок, село, деревня) г. Лида

РОДИТЕЛИ:
 Отец Юшкевич
Андрей Иосифович
фамилия
собственное имя, отчество
 национальность поляк

Мать Юшкевич
Светлана Генриковна
фамилия
собственное имя, отчество
 национальность полька

Место регистрации рождения Отдел ЗАГС Лидского
наименование органа загса
райисполкома Гродненской области

Дата выдачи 19 мая 20 20 г.

Руководитель органа М.М.М.
Н.К.Малышко

ІДР № 0446944

Лідская РОБ
 ВІДАН ПАСПОРТ
 АН № 9069399
 2020 г.
 7928610A003PB4

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА

Серия 14 № 0035156



ЮШКЕВИЧ

(фамилия)

РИТА

(имя)

АНДРЕЕВНА

(отчество)

(личная подпись)

Предъявитель удостоверения имеет право на льготы и гарантии, установленные законодательством Республики Беларусь для инвалидов.

(название медико-реабилитационной

МЕЖРАЙ

МРЭК

экспертной комиссии, выдавшей удостоверение)

« 10 »

01

2022 г.

(дата выдачи)

ЯНОВИЧ

(подпись председателя МРЭК)

Установлена ДЕВЯНОК - ИНВАЛИД группа

инвалидности с 06.01.2022 з.

по 31.01.2024 з.

Причина инвалидности вследствие

общего заболевания четвер-

той я суз лнда нрэк 1

(название медико-реабилитационной экспертной комиссии, выдавшей удостоверение)

М.П.

(подпись председателя МРЭК)

Продлена (установлена)

группа инвалидности

с _____ по _____ (дата) (дата)

Причина инвалидности _____

М.П.

(подпись председателя МРЭК)

Продлена (установлена)

группа инвалидности

с _____ по _____ (дата) (дата)

Причина инвалидности _____

М.П.

(подпись председателя МРЭК)

Лидское городское унитарное
предприятие жилищно-
коммунального хозяйства

РАСЧЕТНО-СПРАВОЧНЫЙ ЦЕНТР

231300 г. Лиды, ул. Ленинская, 12

29.12.2021 № 17-11.6/7214

Приложение 1
к постановлению Министерства
жилищно-коммунального хозяйства
Республики Беларусь
21.12.2005 № 58
(в ред. постановлений Минжилкомхоза от
05.10.2007 № 37,
от 22.11.2007 № 40)

СПРАВКА

о месте жительства и составе семьи

Выдана гражданину(ке) Юшкевич Андрей Иосифович
(фамилия, имя, отчество обратившегося за справкой)

в том, что он(она) действительно проживает (зарегистрирован(а)) по месту жительства по адресу:
Лидский р-н, г. Лида, ул. Рублёвская, д.13

Зарегистрирован(а) по месту жительства с 18.11.2015

Занимаемая площадь общая 203.5 кв. метров, № лицевого счета 70004325

Жилое помещение является помещением частного жилищного фонда

(правовой статус жилого помещения - вид жилищного фонда, а также: для жилых помещений государственного фонда: жилое помещение социального пользования, служебное жилое помещение, жилое помещение в специальном доме, жилое помещение в специальном служебном фонде, жилое помещение в общежитии)

В жилом помещении также зарегистрированы по месту жительства следующие лица:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Вид родства по отношению к лицу, обратившемуся за выдачей справки, либо указание на отсутствие родственных отношений
1	Юшкевич Виктория Андреевна	2010	дочь
2	Юшкевич Марта Андреевна	2017	дочь
3	Юшкевич Рита Андреевна	2020	дочь
4	Юшкевич Светлана Генриковна	1982	супруга

Собственником дома является ЮШКЕВИЧ АНДРЕЙ ИОСИФОВИЧ(1/1)
(фамилия, имя, отчество)

Справка действительна в течение шести месяцев с даты ее выдачи.



[Signature]
(подпись)
[Signature]
(подпись)
[Signature]
(подпись)

Милевская Н. В.
(И.О.Фамилия)
[Signature]
(И.О.Фамилия)
[Signature]
(И.О.Фамилия)

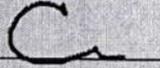
Дата составления 29.12.2021 по состоянию на 29.12.2021

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МАТЬ И ДИТЯ»
Клинико-диагностическая (генетическая) лаборатория
220053 Минск, ул. Орловская 66/9, т.233-45-54
**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ**

Пробанд: Юшкевич Рита, 06.05.2020
Врач, УЗ: Голубева С.В., РНПЦ «Мать и дитя»
Генетическая карта №: -

Заключение. У пробанда выявлено гомозиготное носительство делеции экзона 7 гена SMN1.
Диагноз «спинальная мышечная атрофия» подтвержден на молекулярно-генетическом уровне.

17.12.2021

 Мясников С.О.

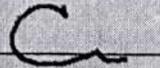
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МАТЬ И ДИТЯ»
Клинико-диагностическая (генетическая) лаборатория
220053 Минск, ул. Орловская 66/9, т.233-45-54
**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ**

Пробанд: Юшкевич Рита, 06.05.2020, гомозиготное носительство делеции экзона 7 гена SMN1
Врач, УЗ: Голубева С.В., РНПЦ «Мать и дитя»
Генетическая карта №: -
Метод: диагностический набор SALSA MLPA® P060-B2 SMA, MRC-Holland

Заключение. По результатам ДНК-анализа:

	Ф.И.О., дата рождения	число копий гена SMN2 7 экзон	число копий гена SMN2 8 экзон
пробанд	Юшкевич Рита, 06.05.2020	2	2

22.11.2021

 Мясников С.О.

РНПЦ «Мать и дитя»

Лаборатория медицинской генетики и мониторинга врожденных пороков развития

Медико-генетическое заключение

ФИО: Ребенок Юшкевич Рита Андреевна, 6.05.2020 г.р. (Мать Юшкевич Светлана Генриковна, 27.02.1987 г.р.)

Адрес: Гродненская область, город Лида, ул.Фомичева, 345.

Консультация генетика в связи с наследственной патологией.

Фенотип: мышечная гипотония, манифестация в младенческом периоде с прогрессирующим ухудшением после 6 месяцев; задержка моторного развития.

Результаты молекулярно-генетической диагностики: у пробанда выявлено гомозиготное носительство делеции 7 экзона гена SMN1; 2 копий гена SMN2 в 7 экзоне и 2 копии гена SMN2 в 8 экзоне.

Диагноз: Спинальная мышечная атрофия, II тип. Аутосомно-рецессивный тип наследования.

Риск для сибсов 25% (высокий).

Рекомендовано:

- 1) Наблюдение, поддерживающая терапия у невролога.
- 2) Молекулярно-генетическая диагностика носительства мутации в гене SMN1 родителям и сибсу.
- 3) Консультация по результатам диагностики с определением программы пренатальной диагностики при следующей беременности.

Научный сотрудник,
врач-генетик высшей квалификационной категории



С.В.Голубева

30.12.2021

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»»
220053, Республика Беларусь
г. Минск, ул. Орловская, 66
Тел./факс: 8(017) 379-25-84
E-mail: sevenhos@mail.belpak.by

Отделение наследственных нервно-мышечных заболеваний для пациентов в возрасте до 18 лет
E-mail: center.neuromuscular.2020@medcenter.by
тел. 8(017) 335-07-53
+375(44) 714-95-70

Консилиум в составе главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее Минздрав) по наследственным нервно-мышечным заболеваниям у детей, к.м.н., доцента, доцента кафедры детской неврологии БелМАПО Жевнеронок И.В., заместителя директора по медицинской генетике ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н. Наумчик И.В., врача-генетика отделения наследственных нервно-мышечных заболеваний ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» Зобиковой О.Л.
27.12.2021

ФИО __ Юшкевич Рита Андреевна __ дата рождения __ 06.05.2020г __

Адрес: Гродненская обл, г. Лида, ул. Фомичева 345

Мама дала информированное согласие на включение ребенка в Национальный регистр ННМЗ.

Анамнез: Ребенок от 2 беременности 2 родов в сроке 37 недель путем кесарева сечения. Вес 2140г, На ИВЛ не была. Выписана домой на 7-е сут.

Дебют заболевания: Со слов мамы, с 2,5 мес выявили врожденный вывих левого тазобедренного сустава, проходила лечение у ортопедов, выполнялось разведение с помощью гипсовых повязок. Примерно в 9 месяцев шины сняты, с 10-11 месяцев стала медленно ползать, сидеть, садилась с помощью. Никогда не стояла, попыток встать на ноги не было. С 1 года 4 месяцев стала терять навыки ползания, передвигалась с помощью перекатов. В ноябре 2021 года направлена на госпитализацию в РНПЦ «Мать и дитя», диагноз: Нарушение моторного развития с вялым, преимущественно проксимальным парезом, более выраженным в ногах. Диагностический поиск на СМА, взяты анализы.

Наследственность: со слов родителей, по ННМЗ не отягощена.

МРТ головного мозга от 22.11.2021 – патологических изменений в головном и спинном мозге не выявлено. ЭНМГ во сне – переднероговой уровень поражения.

Генетическое заключение от 17.12.21: выявлено гомозиготное носительство делеции экзона 7 гена SMN1. По результатам ДНК-анализа выявлено 2 копии 7 экзона и 2 копии 8 экзона гена SMN2.

Диагноз «спинальная мышечная атрофия» подтвержден на молекулярно-генетическом уровне.

Неврологический статус:

Говорит отдельные слова. Взгляд фиксирует, за игрушкой прослеживает, объем движений глазных яблок полный, нистагма нет. ЧН-без видимой очаговой симптоматики. Фибрилляции языка на момент осмотра не определяются. Диффузная мышечная гипотония. Руки может поднять выше головы, в кисти удерживает неврологический молоток с невысоким отрывом от горизонтальной поверхности. Фасцикуляции и тремор в левой руке (дистально). СПР с рук вызываются, снижены. Брюшные рефлексы резко снижены. Нарушения поверхностных видов чувствительности по косвенным признакам не определяется. Активные движения в нижних конечностях: сгибание и разгибание стоп, подъем ног с помощью рук, самостоятельно высоко не поднимает, удерживает в положении сгибания в коленных суставах с опорой стопы на горизонтальную поверхность. На горшке не сидит, падает. Голову вертикально удерживает уверенно. В положении сидя спина круглая. Если поставить с опорой на ладони и колени, может кратковременно в этой позе постоять секунды. При вертикализации опоры на ноги нет (со слов родителей опоры не было и раньше).

Заключение: G12 Спинальная мышечная атрофия II типа (гомозиготное носительство делеции экзона 7 гена SMN1, 2 копии гена SMN2).

Рекомендовано:

1. Наблюдение участкового педиатра, невролога, офтальмолога по месту жительства. Педиатру рекомендовано избегать назначения муколитиков, своевременно назначать антибактериальную и противовирусную терапию при заболеваниях дыхательных путей.
2. ЭКГ, УЗИ сердца.
3. Симптоматическое лечение в ГУ «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям» с курсом реабилитации в условиях дневного отделения РКЦ ПМПД (запись по тел. (017) 5035726).
4. Биохимическое исследование крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, креатинфосфокиназа, щелочная фосфатаза, С-реактивный белок, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин, ферритин, трансферин, сывороточное железо, фосфор, калий, натрий, кальций, хлор), анализ на витамин Д, выполнять не менее двух раз в год.
5. Определение кислотно-основного состояния крови не менее двух раз в год.
6. ЭКГ и Эхо-КГ 1 раз в год.
7. УЗИ органов брюшной полости не реже 1 раза в год.
8. Провести оценку респираторной функции (в т.ч. ночная пульсоксиметрия) и последующий контроль 1 раз в 6 мес.
9. Дыхательная гимнастика мешком Амбу в тренировочных режимах, мануальная бронходренирующая терапия ежедневно.
10. ЛФК ежедневно, использование в течение дня различных техник позиционирования.
11. Аквадетрим (витамин Д) по 2 капли (1000 МЕ) 1 раз в день во время еды, коррекция дозы с учетом показателей выполненных анализов.
12. Ведение родителями пищевого дневника, динамический контроль за массой тела.

При спинальной мышечной атрофии пациентам назначается патогенетическая терапия (лекарственный препарат Нусинерсен (Спинраза) или Рисдиплам (Эврисди)). Пациентке Юшкевич Рите, 06.05.2020г., согласно официальной инструкции может быть назначен лекарственный препарат Нусинерсен (Спинраза) или Рисдиплам (Эврисди). Указанные лекарственные препараты не включены в Республиканский формуляр лекарственных средств, перечень основных лекарственных средств и клинические протоколы диагностики и лечения детей с патологией нервной системы, в связи с чем, обеспечение ими может быть осуществлено за счет личных средств или иных не запрещенных законодательством источников.

В настоящее время лекарственное средство онансемноген абепарвовек (Золгенсма) для патогенетического лечения пациентов со спинальной мышечной атрофией не зарегистрировано на территории Республики Беларусь и не заявлялось производителем для государственной регистрации, поэтому данное лекарственное средство может рекомендоваться пациентам в случае приобретения за счет собственных средств или средств из других источников, не запрещенных законодательно в Республике Беларусь. Планируется организация забора крови на AVV9 для включения в программу международного доступа AVXS-101.

Главный внештатный специалист Минздрава по наследственным нервно-мышечным заболеваниям у детей, руководитель республиканского центра по ННМЗ для детей, к.м.н., доцент кафедры детской неврологии БелМАПО

И.В. Жевнеронок

Заместитель директора по медицинской генетике РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н.

И.В. Наумчик

Врач-генетик РНПЦ «Мать и дитя», отделение ННМЗ

О.Л. Зобикова

МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

ГАЛОЎНАЕ УПРАЎЛЕННЕ АРГАНІЗАЦЫІ
МЕДЫЦЫНСКАЙ ДАПАМОГІ

вул.Мяснікова,39, 220048, г.Мінск
тел./факс 222 65 97
сайт: www.minzdrav.gov.by
e-mail: guomp@belcmt.by

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ул.Мясникова,39, 220048, г.Минск
тел./факс 222 65 97
сайт: www.minzdrav.gov.by
e-mail: guomp@belcmt.by

д.з.р.д.р.д.д. № 455/10-989

На № _____

Юшкевич С.Г.
majaczok@gmail.by

О рассмотрении обращения

Главное управление организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь в пределах своей компетенции, рассмотрело Ваше обращение и сообщает следующее.

В настоящее время в Республике Беларусь для патогенетического лечения пациентов с диагнозом СМА зарегистрировано 2 лекарственных препарата: Спинраза, Рисдиплам (Эврисди). Лекарственный препарат Золгенсма не зарегистрирован и не заявлялся для государственной регистрации. Данные лекарственные препараты не включены в Республиканский формуляр лекарственных средств, Перечень основных лекарственных средств и клинические протоколы диагностики и лечения детей с патологией нервной системы, и в соответствии с актами законодательства Республики Беларусь обеспечение пациентов данными лекарственными препаратами может быть осуществлено только на платной основе (за счет личных или иных средств) в установленном законодательством порядке.

Справочно: Перечень основных лекарственных средств утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 2007 г. №65 (в редакции от 18 ноября 2020 г. №106). Лекарственные препараты Спинраза, Рисдиплам (Эврисди), Золгенсма не включены в данный перечень.

Дополнительно информируем, что решение о назначении патогенетического лечения пациентов с диагнозом СМА не может быть принято единолично Министерством здравоохранения. Данное лечение дорогостоящее, пожизненное, и предполагает обязательное дополнительное финансирование, поскольку текущие объемы финансирования уже распределены для лечения пациентов с определенными нозологиями.

Дополнительно сообщаем, что в настоящее время в Республике Беларусь изучается вопрос создания государственного внебюджетного

фонда для обеспечения лечения детей с тяжелыми и редкими заболеваниями.

Министерство здравоохранения изучает все возможные пути и способы доступа к патогенетической терапии пациентов с диагнозом спинальной мышечной атрофии (далее – СМА), как за счет средств бюджета, так и в программах раннего доступа.

В случае несогласия с ответом на обращение на основании статьи 20 Закона Республики Беларусь от 18 июля 2011 года № 300-3 «Об обращениях граждан и юридических лиц» Вы вправе обжаловать его в установленном законодательством порядке.

Начальник главного управления
организации медицинской помощи

 А.А.Щербинский

12/01/2022 14:03:06

ДОГОВОР БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО СЧЕТА
BY45 AKBB 3134 0000 0109 5007 0000

933

Код валюты

Рубль РБ

Наименование валюты лицевого счета

12 января 2022 г.

г. Лида

Открытое акционерное общество «Сберсберегательный банк «Беларусбанк», именуемое в дальнейшем «Банк», в лице специалиста по оказанию розничных банковских услуг I категории Бобрович Виктории Анатольевны с одной стороны, и Юшкевич Светлана Генриковна, именуемый(ая) в дальнейшем «Владелец счета», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Банк:

1.1.1. в день представления Владелец счета необходимых документов (заявление на открытие благотворительного счета, подписанное Владелец счета (иным лицом, имеющим соответствующие полномочия), с указанием цели (целей) открытия и использования средств благотворительного счета с учетом требований законодательства Республики Беларусь, необходимой суммы (либо указанием, что сумма не определена), срока действия счета либо указания на то, что он бессрочный, порядка расходования неиспользованного остатка денежных средств) открывает ему благотворительный счет (далее – счет) для сбора, хранения и использования денежных средств, поступающих наличными деньгами или путем безналичного перечисления в виде безвозмездной помощи или пожертвований, для следующей цели:
для приобретения лекарственных препаратов, реабилитацию, приобретение медицинского оборудования для лечения дочери Юшкевич Риты Андреевны

(указывается цель использования поступающих денежных средств: лечение и т. п.)

(Если счет открывается родителем ребенка (опекуном, попечителем на свое имя), то в строке после назначения (цели) дополнительно указываются фамилия, имя, отчество лица, которому будет оказываться безвозмездная помощь.)

1.1.2. в срок, определенный законодательством Республики Беларусь, при условии представления надлежаще оформленных необходимых документов выполняет поручения Владельца счета о перечислении соответствующих денежных средств со счета для использования их на цель, указанную в подпункте 1.1.1 настоящего договора.

1.2. На денежные средства, находящиеся на счете, проценты не начисляются.

1.3. Срок действия счета бессрочный.

(указывается на основании заявления на открытие счета)

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Банк обязуется:

2.1.1. открыть счет Владельцу счета в день заключения договора благотворительного счета при условии представления Владелец счета необходимых документов (п.п. 1.1.1 настоящего договора);

2.1.2. осуществлять по счету операции: зачисление, перечисление, прием и выдачу наличных денежных средств при условии представления Банку установленных законодательством Республики Беларусь документов в порядке и срок, установленные законодательством Республики Беларусь.

Если необходимая сумма наличных денежных средств отсутствует в кассе подразделения Банка, в котором открыт благотворительный счет в соответствии с договором, то выдача производится на основании письменного заявления Владельца счета о заказе денежной наличности в срок не позднее трех рабочих дней с момента получения указанного заявления;

2.1.3. в случае неисполнения, ненадлежащего исполнения своих обязательств по договору или при расторжении в установленном порядке настоящего договора по требованию Владельца счета вследствие ненадлежащего исполнения или неисполнения Банком своих обязательств по договору уплатить Владельцу счета предусмотренные настоящим договором штрафные санкции в день предъявления соответствующего требования Владельца счета;

2.1.4. после принятия в соответствии с законодательством Республики Беларусь решения об отказе в исполнении платежных инструкций уведомить об этом Владельца счета не позднее следующего рабочего дня после получения платежных инструкций, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь;

2.1.5. выдавать Владельцу счета выписку из лицевого счета в момент совершения им операций по счету и/или по его требованию;

2.1.6. выдавать Владельцу счета по его требованию и в случае списания Банком ошибочно зачисленных средств документы, подтверждающие проведение операций по счету.

2.2. Банк имеет право:

2.2.1. списывать самостоятельно ошибочно зачисленные денежные средства на основании документов, подтверждающих ошибочное зачисление денежных средств.

2.3. Владелец счета обязан:

2.3.1. в течение 10 (десяти) банковских дней сообщать Банку об изменениях своих фамилии, собственного имени, отчества (если таковое имеется), реквизитов документа, удостоверяющего личность, и/или места жительства (регистрации), номера телефона, адреса электронной почты, сообщаемых Банку для заполнения анкеты Владельца счета;

2.3.2. выполнять требования законодательства Республики Беларусь по вопросам совершения расчетно-кассовых операций по благотворительным счетам.

2.4. Владелец счета вправе:

2.4.1. если это не противоречит законодательству Республики Беларусь, расторгнуть настоящий договор в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Банком своих обязательств по договору. В этом случае Банк обязан (при условии представления надлежаще оформленных необходимых документов) в день требования Владельца счета о расторжении договора закрыть счет, открытый в соответствии с настоящим договором, исполнить свои обязательства по договору, за исключением случая, когда на данный счет наложен арест, а также уплатить предусмотренные договором штрафные санкции.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.2. Владелец счета несет ответственность за незаконное использование средств, зачисленных на его счет, в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.3. За задержку исполнения расчетных документов, оплата которых производится с благотворительного счета Владельца счета, Банк, если по его вине допущено несвоевременное списание средств, уплачивает в пользу Владельца счета пеню в размере 0,01 процента от несвоевременно списанной суммы за каждый день просрочки платежа.

3.4. Банк за незачисление средств на счет Владельца счета в сроки, предусмотренные законодательством Республики Беларусь, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь, уплачивает в пользу Владельца счета пеню в размере 0,01 процента от несвоевременно зачисленной суммы за каждый просроченный день.

3.5. Банк, если по его вине допущено неправильное списание (перечисление) средств со счета Владельца счета, уплачивает в пользу Владельца счета штраф в размере одной базовой величины, установленной Советом Министров Республики Беларусь на момент уплаты штрафа.

4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ, ПЕРЕОФОРМЛЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Изменения и дополнения в договор могут быть внесены по соглашению сторон. Вносимые изменения оформляются в виде дополнительного соглашения, которые становятся неотъемлемой частью договора.

4.2. Переоформление счета производится:

4.2.1. при изменении сведений, позволяющих идентифицировать Владельца счета: фамилии, собственного имени, отчества (если таковое имеется).

В подтверждение Владелец счета обязан представить в Банк документ, подтверждающий соответствующие изменения, и документ, удостоверяющий личность; места жительства.

В подтверждение Владелец счета обязан представить документ, удостоверяющий личность;

4.2.2. при изменении номера счета (в случае изменения внутренней структуры Банка – закрытия подразделения с передачей дел другому подразделению Банка).

При этом Банк обязан уведомить Владельца счета об изменении номера.

При изменении номера счета, если на денежные средства, находящиеся на счете, наложен арест или приостановлены операции по счету, подразделение Банка направляет в соответствующий государственный орган информацию, содержащую старые и новые реквизиты счета.

4.3. Закрытие счета производится (при отсутствии ареста, приостановления операций по счету):

при поступлении и использовании всей суммы денежных средств, указанной в заявлении;

по истечении срока действия счета, указанного в пункте 1.3 настоящего договора;

по заявлению Владельца счета;

в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

4.4. При наличии денежных средств на благотворительном счете на момент истечения срока действия счета остаток средств на благотворительном счете переводится на счет Владельца счета (лица, открывшего счет) № _____, открытый в _____,

(указать наименование Банка и БИК)

либо расходуется в соответствии с требованиями заинтересованного лица, в пользу которого был открыт счет (родителей ребенка, опекуна, попечителя), о чем указывается в заявлении на открытие счета.

В случае невозможности исполнения указанных действий не по вине Банка остаток средств перечисляется на отдельный лицевой счет по учету расчетов с прочими кредиторами.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

5.2. Споры и разногласия, которые могут возникнуть по настоящему договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между сторонами, а в случае недостижения согласия – в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

5.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5.4. В случае последующего приобретения Владелцем счета признаков принадлежности к США в рамках Закона США о налоговом контроле счетов в иностранных финансовых учреждениях (далее – Закон FATCA), а также в случае, если Владелец счета представил недостоверную информацию об отсутствии признаков принадлежности к США в рамках Закона FATCA, Владелец счета настоящим выражает согласие на предоставление требуемой информации налоговым органам США.

6. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

БАНК:

ОАО «АСБ Беларусбанк»

Отделение №413/4083

Адрес

г. Лида, ул. Советская, д. 17

БИК

AKBVBV2X

Счет

VY94 AKBV 3819 3821 0003 2000 0000

Телефон +375 29 460-68-61

От имени Вкладополучателя

Бобрович В. А.

Подпись Фамилия, инициалы

М.П.

Признаки принадлежности к США в рамках Закона FATCA имею/не имею.

(нужное подчеркнуть)

ВЛАДЕЛЕЦ СЧЕТА:

Юшкевич Светлана Генриковна

Паспорт РБ

Серия/номер КН2184634

Выдан

ЛИДСКИЙ РОВД Гродненской области

Дата выдачи 27/07/2012

Идентификационный номер

4270282K018PB2

Адрес местожительства (регистрации)

БЕЛАРУСЬ, область Гродненская, р-н Лидский,

Лида, ул. Рублёвская, д.13

Дом.тел: +375 154580218

Моб.тел: +375 297868001

Раб.тел:

Юшкевич С. Г.

Подпись Вкладчика Фамилия, инициалы


(подпись)

12.08.2012
(дата)

Юшкевич С. Г.
Фамилия, инициалы

БЛАГОДАРИМ ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО С НАШИМ БАНКОМ

Код вида вклада 9004

ОАО "АСБ Беларусбанк"
Отделение №413/4083
тел. для справок: +375 15 460-68-61

ВЫПИСКА СЧЕТА № ВУ45 АКВВ 3134 0000 0109 5007 0000 ВУН
с 12/01/2022 по 12/01/2022
9004-Р/Благотворительный счет ВУН
(795/4083) Юшкевич Светлана Генриковна

БИК: АКВВВУ2Х ✓

Дата совершения операции	Дата отражения операции	Операция	Сумма	Остаток счета
12/01/2022	12/01/2022	Открытие счета	0,00 +	0,00

Остаток по счету: 0,00 ВУН

12/01/2022 14:03:17 Бобрович В.А.



наименование организации _____

форма 1 мед/у-10

ВЫПИСКА

из медицинских документов № 3362/74

Дана Юшевич Гиня Андреевна
фамилия, имя, отчество

Дата рождения 06.05.2000 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
число, месяц, год

Место жительства г. Минск, ул. Радзевская д. 13

Место работы, учебы (профессия) ИПО

Выписка дана для предоставления по месту требования

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Диагноз:

а) основного заболевания Ст 12.0 Стенокардия
ишемическая ангинозная I типа

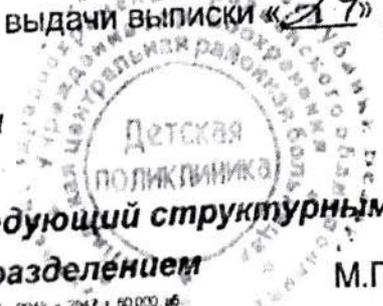
б) сопутствующего Вегетарианская тахоберексия
суставов, вывих левого бедра. Сложный
Проведенное лечение хирургический лечение, ИИРС

Рекомендации не курить, в прекращении
и Золуен 2 мг

Дата выдачи выписки « 27 » 02 2012 г.

Врач _____
подпись инициалы, фамилия

Заведующий структурным подразделением Ю.А. Скрипко
подпись инициалы, фамилия



Республика Беларусь
Управление здравоохранения
Гродненский областной центр
Учреждение здравоохранения
«Гродненский областной центр
по оказанию медицинской помощи
в области психического здоровья»
(наименование организации)
ВРАЧЕБНАЯ АМБУЛАТОРИЯ ГРОДНЕНСКОГО РАЙОНА
«МОЛОДЖИЧЬЕ»
231500 Гродненская обл., г. Злыда.

Приложение 1
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 № 92
Форма № 1 зд/бу 10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА ОНЗ

№ _____ от _____
о состоянии здоровья

Дана Юшкевич Рето Андреевич
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер: _____

Дата рождения 06.05.2010 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) г. Мир, ул. Рубежская 13

Цель выдачи справки по запросу работодателя

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

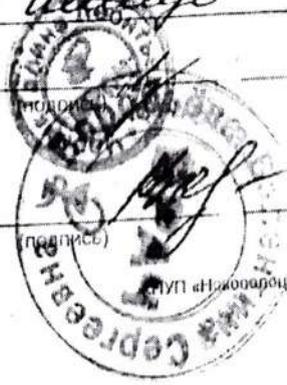
Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о профилактических прививках и прочее) _____

Заключение: Отсутствуют противопоказания к перемену.

Рекомендации: _____

Дата выдачи справки 21.02.21

Срок действия справки шесть месяцев



Гришич В.
(инициалы, фамилия)
Ретович Р. А.
(инициалы, фамилия)

ZOLGENSMA INFUSION THERAPY
ESTIMATED PACKAGE COST

**MED
CARE**

COST ESTIMATE NO.	WOT-195-YUSHRYTA-030522-D-RNEW211122
Name of Patient:	Yushkevich Ryta
Age & Weight	2 & 11 Kgs
Name of Parent / Legal Guardian:	Yushkevich Sviatlana
Email ID/Contact No.	swietlanajuszkiewicz@gmail.com

ZOLGENSMA INFUSION THERAPY ESTIMATED PACKAGE COST	
OP Clinical Assessments & Consultations.	Quantity Nos.
Ped. Neurologist	Up to 12 nos.
Ped. Pulmonologist	1
Ped. Cardiologist	1
Orthopedician	Up to 3 nos.
Ped. Gastroenterologist	Up to 3 nos.
Ped. Endocrine	Up to 3 nos.
Spine Surgeon	1
ENT	1
Orthotics	1
Dietitian	Up to 4 nos.
Speech / Swallowing Therapy	1
Pediatric SOS basis.	1
Sleep Study	1
Rehabilitation & Physiotherapy Sessions	
Assessment & Specialized Physiotherapy treatment	Up to 24 Nos.
Chest physiotherapy treatment	1
In-patient Admission Days:	
PICU	1 Day
Private Ward	Up to 2 Days
Medications & Blood Investigations	
ZOLGENSMA as prescribed by treating physician.	1
Prednisolone as prescribed by treating physician.	Included in package cost
Nexium as prescribed by treating physician.	Included in package cost
Other medicines/drugs as prescribed by treating physician.	To be paid - not included in package cost
Food supplements as advised by dietician/physician.	To be paid - not included in package cost
Blood Investigations (Zolgensma Pre-infusion & Post-infusion tests)	Included in package cost (Up to 10 nos.)
Special Package Price	AED 6,676,000 *
	US\$ 1,819,000 approximately

* Package Cost estimate validity is 90 days from the date of issuance.

** We advise patients/legal guardians to be prepared with an additional reserve fund of about AED 25,000 for unforeseen medical expenditure that may incur during infusion therapy. This is not a part of cost estimate need not be sent to MEDCARE bank accounts.

Complimentary Services for SMA patients	
Hastanemiz tarafından SMA'lı bebeklerimiz için ücretsiz sağladığımız hizmetler	
• Pick up from Airport to Hotel on Day of Arrival	gratis / Complimentary
• Pick up & Drop from Hotel to MEDCARE Hospital	gratis / Complimentary
• Pick up & Drop from Hotel for Physiotherapy	gratis / Complimentary
• Pick up & Drop from Hotel for External Specialist Consultation	gratis / Complimentary
• SMA Baby Patient Care Support by dedicated "SMA Patients In charge".	gratis / Complimentary
• Turkish Translation Services when necessary. Available on Request.	gratis / Complimentary
• Hot Beverages (Tea/Coffee) for Parents (ONLY at MWCH Ground floor Café)	gratis / Complimentary
• Pick up from Hotel to Airport on Date of Return to home country	gratis / Complimentary



Travel & Accommodation related: (Not included in Cost Estimate / <i>Seyahat ve konaklama giderleri ana bütçeye dahil değildir</i>)	
3-Months Visitors Visa for 1 Adult	AED 850
3-Months Visitors Visa for 1 Child under (Limited time Offer by UAE Govt.)	AED 200
RTPCR Test x 1	AED 150
Hotel Apartment - Booking on Request.	ON REQUEST

The given special rate is an estimate of charges. No refunds are applicable on package rates & services unutilized mentioned in the package cost estimate. This package does not include cost of accommodation, air tickets, visa etc.

Declaration: MEDCARE will NOT have any responsibility, legal obligation or do any sort of financial transactions with any NGO/Aid/fund raisers/sponsor(s). Our single point of contact will be the patient's parent(s) or legal guardian.

**** Refund Policies, Disclaimer & Prior Authorization for any kind of Refund.**

İadeler; alındığı/kaynaklandığı yer dışında kişisel hesaplara veya farklı bir IBAN Banka Hesabına havale/iade yapılamamaktadır. Geri ödemeler nakit olarak veya hamiline yazılı Çek/Çek olarak ödenememektedir.

Cunku hukuki kurallar gereği bu yasaktır. Bu bilgi hukuk departmanimizden gelmektedir.

- If treatment cost is fund raised/charity/crowd funded, "No Objection" letter with seal & signature is necessary from NGO/Aid/Sponsor/Authorised Designatory for claiming refund of unused funds available under the registered/sponsored patient's name. As per our policies, without an approval or a "No Objection" refunds will not be made to a personal account/IBAN or to a different bank Account/IBAN other than the account of fund origin.

Treating Physician: **Dr. Vivek Mundada, Pediatric Neurologist.** Any clarifications, assistance in hotel bookings, Visas or about Dubai may please be addressed to:

International Patient Services – SMA Department
Medcare Women & Children's Hospital (Aster DM Healthcare)
Cell & Whatsapp: +971 56 422 7180 | +971 555 98 3083
Email: DXBmedicaltravel@asterdmhealthcare.com
Website: www.astermedicaltravel.ae | Medcare.ae

*Note: This Cost estimate given is strictly intended for treatment at MEDCARE Women & Children's Hospital, Dubai. Not to be misused or exploited for unapproved fundraising or for treatment in a hospital/clinic that is NOT a part of MEDCARE Women & Children's Hospital network.



ДИАГНОЗ:

СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ 2 ТИПА

Помогите мне жить.

Рита Юшкевич,

06.05.2020г. г. Лида, Беларусь

СВЕРХСРОЧНЫЙ СБОР
на препарат ZOLGENSMA,
реабилитацию и
медоборудование

1 837 540 \$



 rita_sma2

siepomaga

www.siepomaga.pl/rita-sma



**SVIATLANA
YUSHKEVICH**
rita_sma2@outlook.com

МТС

ДЛЯ ПОПОЛНЕНИЯ БАЛАНСА

+375 29 264-06-46

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА

- Белорусские рубли
BY45 АКВВ 3134 0000 0109 5007 0000
- Российские рубли
BY94 АКВВ 3134 3000 0050 6007 0000
- Доллары США
BY32 АКВВ 3134 1000 0060 1007 0000
- Евро
BY69 АКВВ 3134 2000 0052 4007 0000
- Транзитный счет:
BY94 АКВВ 3819 3821 0003 2000 0000

БАНКОВСКИЕ КАРТЫ

 БЕЛАРУСБАНК

5536 0800 1192 9043

Mastercard до 10/25

SVIATLANA YUSHKEVICH

 **Приорбанк** 

4916 9896 4438 9990

VISA до 04/26

SVIATLANA YUSHKEVICH

АО АСБ «Беларусбанк» Отделение 413/4083 г. Лида, Гродненская обл.,
БИК АКВВВУ2Х УПН 100325912

ДИАГНОЗ:

СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ 2 ТИПА

Помогите мне жить.

Рита Юшкевич,

06.05.2020г. г. Лида, Беларусь

СВЕРХСРОЧНЫЙ СБОР
на препарат ZOLGENSMA,
реабилитацию и
медоборудование

1 819 000 \$



 **rita_sma2**

siepomaga

www.siepomaga.pl/rita-sma



PayPal

**SVIATLANA
YUSHKEVICH**

rita_sma2@outlook.com

МТС

ДЛЯ ПОПОЛНЕНИЯ БАЛАНСА

+375 29 264-06-46

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА

- Белорусские рубли
BY45 АКВВ 3134 0000 0109 5007 0000
- Российские рубли
BY94 АКВВ 3134 3000 0050 6007 0000
- Доллары США
BY32 АКВВ 3134 1000 0060 1007 0000
- Евро
BY69 АКВВ 3134 2000 0052 4007 0000
- Транзитный счет:
BY94 АКВВ 3819 3821 0003 2000 0000

БАНКОВСКИЕ КАРТЫ

 БЕЛАРУСБАНК

5536 0800 1192 9043

Mastercard до 10/25

SVIATLANA YUSHKEVICH

 **Приорбанк** 

4916 9896 4438 9990

VISA до 04/26

SVIATLANA YUSHKEVICH

АО АСБ «Беларусбанк» Отделение 413/4083 г. Лида, Гродненская обл.,
БИК АКВВВУ2Х УПН 100325912