

Imię i Nazwisko..... Data

Adres:

Nr telefonu:.....

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dotyczących leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu, leków i innych

.....
(Imię i nazwisko podopiecznego Fundacji)

Wg przedstawionego zestawienia

1. faktura nrkwota

2. faktura nrkwota.....

3. faktura nrkwota.....

4. faktura nrkwota.....

5. faktura nrkwota.....

6. faktura nrkwota.....

7. faktura nrkwota.....

8. faktura nrkwota.....

9. faktura nrkwota.....

10.faktura nrkwota.....

11.faktura nrkwota.....

12.faktura nrkwota.....

13.faktura nrkwota.....

14.faktura nrkwota.....

15.faktura nrkwota.....

SUMA:.....

Załączamy faktury/rachunki:..... egz.

Kwotę refundacji proszę przekazać na podane poniżej konto bankowe :

.....
.....

* załączone faktury muszą być dokładnie opisane i podpisane

.....
Czytelny podpis