

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW
– KOSZTY DIAGNOSTYKI, LECZENIA I REHABILITACJI**

Data wysłania:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Nr telefonu:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Załącznika nr 1–Wykazem wydatków w ramach pomocy społecznej i zwracam się z prośbą o zwrot kosztów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji Podopiecznego

.....
(numer ewidencyjny Podopiecznego, nazwisko i imię Podopiecznego Fundacji)

wg przedstawionego zestawienia:

- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota
- faktura nr kwota

SUMA:

Załączam faktury/rachunki w ilości:egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej nr konta bankowego:

.....

UWAGI:

Przypominamy, że celowość poniesionych kosztów musi być dokładnie opisana przez **Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego na odwrocie każdego dokumentu księgowego potwierdzającego wydatki**, a dokumenty te nie mogą budzić żadnych wątpliwości pod względem rzetelności oraz oryginalności.

Stanisław Kowalski

prezes Zarządu

.....
Podpis Podopiecznego/
Rodzica lub innego prawnego opiekuna Podopiecznego