

C. ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Data wysłania:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Nr telefonu:

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupów oraz innych

.....
(numer subkonta, 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:

- w przypadku większej ilości dokumentów prosimy o rozszerzenie zestawienia,
- **przypominamy, że każdy dokument musi być na odwrocie wyraźnie podpisany i dokładnie opisany przez Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego co do celowości poniesionych kosztów.**

Stanisław Kowalski



prezes Zarządu
Fundator

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