

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

Data wysłania:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Nr telefonu:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Załącznika nr 3 – 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)

wg przedstawionego zestawienia:

1. dokument nr kwota
2. dokument nr kwota
3. dokument nr kwota
4. dokument nr kwota
5. dokument nr kwota
6. dokument nr kwota
7. dokument nr kwota
8. dokument nr kwota
9. dokument nr kwota
10. dokument nr kwota

SUMA:

Załączam dokumenty w liczbie:egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej numer rachunku bankowego:

.....
numer rachunku bankowego, nazwa banku

.....
nazwisko i imię posiadacza rachunku 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.

Faktury, rachunki lub inne dowody księgowe należy **przesyłać w oryginale** wraz z niniejszym *Zestawieniem kosztów* **na adres Fundacji: ul. Łomiańska 5, 01-685 Warszawa**, bądź przedkładać osobiście w **Centrum Charytatywnym „Koniczynka”, ul. Pańska 98 lok. 201, 00-837 Warszawa**.

Stanisław Kowalski

prezes Zarządu

.....
czytelny podpis Podopiecznego/
Rodzica lub innego prawnego opiekuna Podopiecznego