

.....
Data wysłania

.....
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna)

.....
(Adres)

.....
(Adres c.d.)

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

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

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

Wg przedstawionego zestawienia

1. Faktura nr.....kwota
2. Faktura nr.....kwota.....
3. Faktura nr..... kwota.....
4. Faktura nr..... kwota.....
5. Faktura nr..... kwota.....
6. Faktura nr kwota.....
7. Faktura nrkwota.....

8. Faktura nrkwota.....

9. Faktura nrkwota.....

10. Faktura nrkwota.....

SUMA:

Dołączamy faktury/rachunki w ilości.....egz.

Proszę o opłacenie faktury / zwrot środków * na numer konta

.....

.....

Czytelny podpis

- w przypadku większej ilości dokumentów prosimy o rozszerzenie zestawienia

- przypominamy, że każdy dokument musi być dokładnie opisany na odwrocie

*niepotrzebne skreślić