



Imię i Nazwisko..... Data

.....
Adres:

.....
Nr telefonu:.....

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW
- KOSZTY DIAGNOSTYCZNE, LECZENIE I REHABILITACJI**

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

SUMA:.....

Załączamy faktury/rachunki:..... egz.

Kwotę refundacji proszę przekazać na podane poniżej konto bankowe :

(podać w wypadku zmiany nr konta)

.....
.....

.....
- w przypadku większej ilości dokumentów prosimy o rozszerzenie zestawienia

- przypominamy, że każdy dokument musi być dokładnie opisany

.....
Czytelny podpis podopiecznego, rodzica
lub innego opiekuna prawnego



Imię i Nazwisko..... Data

.....

Adres:

.....

Nr telefonu:.....

ZESTAWIENIE KOSZTÓW - KOSZTY POPRAWY WARUNKÓW SOCJALNO-BYTOWYCH

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.....

SUMA:.....

Załączamy faktury/rachunki:.....egz.

Kwotę refundacji proszę przekazać na podane poniżej konto bankowe :

(podać w wypadku zmiany nr konta)

.....

.....

.....

- w przypadku większej ilości dokumentów prosimy o rozszerzenie zestawienia

- przypominamy, że każdy dokument musi być dokładnie opisany

.....
Czytelny podpis podopiecznego, rodzica
lub innego opiekuna prawnego