

Załącznik Nr 3

Data wysłania.

.....
(Imię rodzica/opiekuna)

.....
(Nazwisko rodzica/opiekuna)

.....
(Adres)

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

.....
(Numer telefonu)

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

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.

Załączone faktury/rachunki w ilości. egz.

Nr konta do refundacji.....

.....

-w przypadku większej ilości dokumentów prosimy o rozszerzenie zestawienia
-każdy dokument musi być dokładnie opisany

Czytelny podpis