

Imię i Nazwisko.....

Data .....

Adres: .....

Nr 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:.....

Załączamy faktury/rachunki:.....egz.

Kwotę refundacji proszę przekazać na podane poniżej konto bankowe :

( podać w wypadku zmiany nr konta )

Grażyna Fabian

Dariusz Kolorz

Podpis Podopiecznego/

prezes Zarządu  
Fundacji

wiceprezes Zarządu  
Fundacji

Rodzica lub innego prawnego opiekuna  
Podopiecznego