Miejscowość, Data: ………………………….…………………

…………………………………………………………………….

Imię, nazwisko (rodzica/opiekuna)

……………………………………………………………………

(adres)

…………………………………………………………………..

(adres c.d.)

……………………………………………………………………

(numer telefonu do kontaktu)

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW**

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dotyczących m.in. leczenia, zakupu sprzętu, zajęć sportowych, leków, rehabilitacji podopiecznej/podopiecznego Fundacji dla Dzieci z Cukrzycą:

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

(Imię i nazwisko podopiecznego oraz 6 ostatnich cyfr subkonta)

Wg przedstawionych zestawień:

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/ŁĄCZNIE KWOTA: ……………………………………………

Załączam faktury/rachunki w ilości: ……… egz.

Proszę o zwrot na numer rachunku bankowego z porozumienia nr:………………………………………………………………………. .

……………………………………………………….

(czytelny podpis)

- przypominamy, że każda faktura/dokument musi być na odwrocie dokładnie opisana/y,

- w przypadku większej liczby dokumentów prosimy o powiększenie zestawienia (czyli dopisanie kolejnych faktur/dokumentów),

- przypominamy, że na rozliczenie kosztów mamy miesiąc czasu kalendarzowy od dnia wpłynięcia zestawienia do Fundacji.