

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 i Dorosłych z Cukrzycą:

.....
(Imię i nazwisko podopiecznego oraz 6 ostatnich cyfr subkonta)

Wg przedstawionych zestawień:

1. Faktura nr Kwota do refundacji
2. Faktura nr Kwota do refundacji
3. Faktura nr Kwota do refundacji
4. Faktura nr Kwota do refundacji
5. Faktura nr Kwota do refundacji
6. Faktura nr Kwota do refundacji
7. Faktura nr Kwota do refundacji
8. Faktura nr Kwota do refundacji
9. Faktura nr Kwota do refundacji
10. Faktura nr Kwota do refundacji

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.