



## ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Miejscowość, data

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

Nr telefonu

.....

Zwracam się z prośbą o refundację kosztów leczenia, rehabilitacji oraz innych zgodnie z Regulaminem Posiadania Subkonta w Fundacji Pomocy Dzieciom im. Stanisławy Bieńczyk wg przedstawionego zestawienia:

- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....
- faktura nr ..... kwota .....

SUMA:.....

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

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany niżej nr konta:

.....

Uwagi:

- w przypadku większej ilości dokumentów prosimy o rozszerzenie zestawienia
- każdy dokument księgowy na odwrocie musi być podpisany i opisany przez Podopiecznego

Zarząd Fundacji

Podpis Podopiecznego