

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

.....  
(Numer subkonta, nazwisko i imię 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 w ilości.....egz.

.....  
Czytelny podpis

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