



fundacja
STO SERC

.....
data

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Imię i nazwisko

Adres

Nr telefonu

ZWRACAM SIĘ O ZWROT KOSZTÓW LECZENIA, REHABILITACJI, ZAKUPÓW ORAZ INNYCH

.....
(imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji)

wg przedstawionego zestawienia:

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

załączam faktury/rachunki w ilości.....egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej nr konta bankowego:

.....

.....
podpis Podopiecznego/Rodzica/ Opiekuna prawnego