

A- 1 ZESTAWIENIE KOSZTÓW – KOSZTY DIAGNOSTYKI, LECZENIA I REHABILITACJI

Imię i Nazwisko.....

Adres:

.....telefon Data wysłania:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Załącznika A –Wykazem wydatków w ramach pomocy społecznej i zwracam się z prośbą o zwrot kosztów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji Podopiecznego

..... (numer ewidencyjny Podopiecznego, nazwisko i imię Podopiecznego Stowarzyszenia) 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 SUMA:

.....
Załączam faktury/rachunki w ilości:egz. Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej nr konta bankowego:

.....
UWAGI: Przypominamy, że celowość poniesionych kosztów musi być dokładnie opisana przez Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego na odwrocie każdego dokumentu księgowego potwierdzającego wydatki, a dokumenty te nie mogą budzić żadnych wątpliwości pod względem rzetelności oraz oryginalności.

.....
Podpis Podopiecznego/ Rodzica lub innego prawnego opiekuna Podopiecznego

.....
Podpis Zarządu

