



Imię i Nazwisko

Data

właściciel subkonta

hasło:

nr telefonu:

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dotyczących leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu, leków 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:

Załączam faktury, rachunki egz.

Kwotę refundacji proszę przekazać na poniższe konto bankowe:

.....

Podpis

– w przypadku większej ilości dokumentów prosimy o rozszerzenie zestawienia

– przypominamy, że każdy nietypowy dokument musi być dokładnie opisany

Adres:
ul. Dunajewskiego 5
31-133 Kraków

NIP: 676-001-75-41
KRS: 0000055578
REGON: 350571668

Kontakt:
www.fundacja-sm.org