

ZESTAWIENIE KOSZTÓW LECZENIA / REHABILITACJI PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna Prawnego

.....

Data wysłania.....

Adres:

Nr telefonu:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu udzielania pomocy dzieciom onkologicznie chorym” Fundacji „Krwinka” i zwracam się z prośbą o zwrot kosztów leczenia/rehabilitacji Podopiecznego

.....
(nazwisko i imię Podopiecznego)

wg przedstawionego zestawienia:

1. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
2. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
3. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
4. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
5. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
6. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
7. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
8. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
9. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
10. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
11. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
12. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
13. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty
14. dokument nr	kwota.....	kwota wypłaty

SUMA: **SUMA WYPŁATY**

Załączam ponumerowane dokumenty w liczbie egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany niżej numer rachunku bankowego:

.....
numer rachunku bankowego, nazwa banku

.....
imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego

UWAGI:

Przypominamy, że celowość poniesionych kosztów musi być dokładnie opisana przez osoby reprezentujące Podopiecznego na odwrocie każdego dokumentu księgowego, potwierdzającego wydatki (zgodnie z Regulaminem Fundacji „Krwinka”) a dokumenty te nie mogą budzić wątpliwości pod względem rzetelności ani oryginalności. Faktury, rachunki lub inne dowody księgowe przysyłać należy w oryginale wraz z niniejszym *Zestawieniem kosztów* na adres Fundacji „Krwinka”: ul. Styrska 4, 91-404 Łódź, bądź przekładać osobiście w biurze Fundacji pod tym samym adresem.

.....
czytelny podpis Rodzica lub Opiekuna Prawnego Podopiecznego