

Załącznik Nr 4 a

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW
KOSZTY DIAGNOSTYKI, LECZENIA I REHABILITACJI**

Imię i Nazwisko:

Adres:

Nr telefonu:

Data wysłania:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Załącznika nr 1–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 Fundacji)

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

Wypełnia Fundacja

Sprawdzono pod względem formalnym, merytorycznym i RACHUNKOWYM

data

podpis

Zatwierdzam do wypłaty

data

podpis

Wypłacono z 1 %

kwota

data

podpis