Data wysłania…………………………………….

………………………………………………………………………………………………….  
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

…………………………………………………………………………………………………..

(Adres)

…………………………………………………………………………………………………..

(Numer telefonu)

…………………………………………………………………………………………………..

(Adres mailowy)

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW DO REFUNDACJI**

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dotyczących zakupu leków

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..... ( imię i nazwisko podopiecznego Fundacji)

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 w ilości……………………………………………egz.

……………………………………………………………

Czytelny podpis

-w przypadku większej ilości dokumentów prosimy o rozszerzenie zestawienia

-przypominamy, że każdy dokument musi być dokładnie opisany