

FUNDACJA POMOCY DZIECIOM I OSOBOM CHORYM

„KAWAŁEK NIEBA”

ul. Poznańska 14/8 , 84-230 Rumia, tel. 799036122, e-mail: info@kawalek-nieba.pl
KRS 0000382243; REGON: 221206325; NIP: 5882378570;
<http://www.kawalek-nieba.pl/>



Data

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Imię i nazwisko Podopiecznego

Imię i nazwisko Opiekuna

Adres:

Telefon Numer Subkonta

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów leczenia/rehabilitacji/zakupu sprzętu medycznego/operacji

Opis kosztów do refundacji

.....
.....
.....
.....

L. p.	Numer faktury/rachunku	Kwota
	SUMA:	

(należy załączyć podpisane faktury/rachunki na odwrocie imieniem, nazwiskiem i numerem subkonta Podopiecznego)

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę o przekazanie na rachunek bankowy numer:

.....

Imię, nazwisko, adres (jeśli inny niż powyżej):

.....
Prezes Zarządu
Fundator

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