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/inne

Opis kosztów do refundacji ……
……
……
……
……

L. p.	Numer faktury/rachunku	Kwota
	SUMA:	

(należy załączyć oryginały faktur/rachunków podpisane na odwrocie imieniem, nazwiskiem, numerem subkonta podopiecznego oraz każda z nich musi być opisana na odwrocie ręcznie uzasadnieniem czego dotyczy)

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