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 …… E-mail …… 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. Jeśli faktury/rachunki zostały opłacone przelewem należy dołączyć potwierdzenia przelewów uzasadniające, że są zapłacone.)

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę o przekazanie na rachunek bankowy numer:

……

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

Oświadczam, że wydatki dotyczące tego zestawienia kosztów zostały faktycznie przeze mnie poniesione, a przedmioty i usługi zostały przeze mnie odebrane, co potwierdzam załączonymi dokumentami i nie uzyskałem oraz nie występowałem o refundację do innej instytucji, podmiotu. Wydatki zrefundowane w ramach niniejszego wniosku nie będą przedmiotem innych refundacji i odliczeń podatkowych. Prawdziwość powyższych danych, twierdzeń i autentyczność dokumentów stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…… ……

Prezes Zarządu
Fundator

Podpis Podopiecznego/Rodzica lub prawnego
opiekuna Podopiecznego