

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 Prawnego

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 lub Prawnego
Opiekuna Podopiecznego

Zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych zawartą na stronie: <https://www.kawalek-nieba.pl/informacja/> i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Fundację Pomocy Dzieciom i Osobom Chorym „Kawalek Nieba

.....

Podpis