FUNDACJA Jesteśmy Blisko

# ZESTAWIENIE KOSZTÓW

**Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupów poniesionych na rzecz: ……..**

(Imię i nazwisko podopiecznego)

| Lp. | Numer faktury | Nazwa firmy | Treść faktury | Kwota |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| | | | **Razem:** | |

**Do zestawienia załączam faktury/rachunki w ilości:** ……egzemplarzy.

**Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej rachunek bankowy:**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Uwagi:**
- w przypadku większej ilości dokumentów należy rozszerzyć zestawienie.
- każdy dokument musi być na odwrocie wyraźnie podpisany i dokładnie opisany przez Podopiecznego lub osoby reprezentujące Podopiecznego co do celowości poniesionych kosztów.

…… /Miejscowość, data/

…… /podpis Podopiecznego lub osoby reprezentującej Podopiecznego/

**Decyzją Zarządu Fundacji zrefundowano kwotę w wysokości:** ……

…… /podpis przedstawiciela Fundacji/