

DATA REFUNDACJI:	(WYPEŁNIA FUNDACJA)
------------------	---------------------

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY:	DATA WYPEŁNIENIA:
IMIĘ I NAZWISKO PODOPIECZNEGO:	
<p>DOBROWOLNY WNIOSEK O PRZYŚPIESZONĄ REFUNDACJĘ: Na podstawie § 12 ust. 3 Regulaminu wnoszę o przyśpieszoną refundację tj. maksymalnie w ciągu 3 dni roboczych od dnia zarejestrowania wpływu dokumentów księgowych do Fundacji.</p>	
_____ PODPIS WNIOSKODAWCY	

Zwracam się z prośbą o refundację kosztów diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i poprawy warunków socjalno-bytowych wyżej wskazanego Podopiecznego Fundacji według przedstawionego zestawienia:

LP.	DATA DOKUMENTU	NUMER DOKUMENTU	KWOTA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
RAZEM:			

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na wskazany w Regulaminie rachunek bankowy.
Poniższe wypełnić tylko gdy refundacja ma nastąpić na rachunek bankowy inny niż ten podany w Regulaminie.

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU:	NAZWA BANKU:
RACHUNEK BANKOWY:	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□ □□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ </div>	

PODPIS WNIOSKODAWCY