

FUNDACJA POMOCY DZIECIOM Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWA

(Imię i nazwisko Opiekuna/Podopiecznego).....

.....
Miejscowość i data

Imię Podopiecznego

Adres

ZESTAWIENIE RACHUNKÓW DOTYCZĄCYCH LECZENIA PODOPIECZNEGO

Stan konta na dzień __ __ - __ __ - 20__ __ r. Wynosi Podpis

LP.	DATA	NUMER FAKTURY	KWOTA BRUTTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
		Razem	

Proszę o refundację kosztów zakupu wymienionych w zestawieniu z wpłat zgromadzonych na subkoncie mojego dziecka/na moim subconcie

Na mój rachunek bankowy nr _____

Drogą pocztową

W kasie Fundacji.....

(data i podpis Opiekuna/Podopiecznego)

Zatwierdzam do wypłaty KWOTE

Data i podpis Zarządu