



fundacja  
STO SERC

.....  
data

## ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Nr telefonu .....

**ZWRACAM SIĘ O ZWROT KOSZTÓW LECZENIA, REHABILITACJI, ZAKUPÓW ORAZ INNYCH**

.....  
(imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji)

**wg przedstawionego zestawienia:**

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

-faktura/rachunek nr.....kwota.....

załączam faktury/rachunki w ilości.....egz.

**Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej nr konta bankowego:**

.....

.....  
**podpis Podopiecznego/Rodzica/ Opiekuna prawnego**