



Data wypełnienia:

.....
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna/podopiecznego)¹

.....
(Adres)

.....

.....
(Numer telefonu)

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dotyczących leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu, leków i innych

.....
(nr ewidencyjny, nazwisko i imię podopiecznego/opiekuna)

Wg przedstawionego zestawienia

1. Faktura nr.....kwota
2. Faktura nr.....kwota.....
3. Faktura nr.....kwota.....
4. Faktura nr.....kwota.....
5. Faktura nr.....kwota.....
6. Faktura nrkwota.....
7. Faktura nrkwota.....
8. Faktura nrkwota.....
9. Faktura nrkwota.....
- 10.Faktura nrkwota.....

SUMA:.....

Załączamy faktury w ilości.....egz.

Proszę o przekazanie zwrotu kosztów na nr rachunku:

.....

.....
Czytelny podpis podopiecznego/opiekuna

- przypominamy, że każdy dokument musi być dokładnie opisany

¹ Niepotrzebne skreślić