

Załącznik nr 3

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
telefon

FORMULARZ ZESTAWIENIA KOSZTÓW

Zwracam się z prośbą o rozliczenie kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i innych wydatków zgodnych z § 8 i 9 Regulaminu gromadzonych środków pieniężnych na subkoncie.

.....
imię i nazwisko Podopiecznego Stowarzyszenia Wyjątkowe Serce – numer subkonta

Według niżej przedstawionego zestawienia:

L.P.	Data dokumentu księgowego	Nr faktury	Kwota
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
SUMA			

Załączam opisane dokumenty szt.

Kwotę refundacji proszę przekazać na podane niżej konto bankowe:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

.....
Imię i nazwisko właściciela konta

.....
czytelny podpis