Fundacja Bo Cię Kocham
ul. Obozowa 45a/9
31-383 Kraków
tel: 797-355-003
www.fundacjabociekocham.pl
info@fundacjabociekocham.pl

Imię i Nazwisko…… dn. ……..

Adres…….....

Telefon…….....

ZESTAWIENIE KOSZTÓW LECZENIA

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

……
.....……..

(imię i nazwisko podopiecznego Fundacji)

Wg. przedstawionego zestawienia

1. Faktura nr …… z dnia …….. kwota……
2. Faktura nr …… z dnia …….. kwota……
3. Faktura nr …… z dnia …….. kwota……
4. Faktura nr …… z dnia …….. kwota……
5. Faktura nr …… z dnia …….. kwota……
6. Faktura nr …… z dnia …….. kwota……
7. Faktura nr …… z dnia …….. kwota……
8. Faktura nr …… z dnia …….. kwota……

SUMA: …….....

Do wniosku załączam faktury/ rachunki:……..egz.

Kwotę refundacji proszę przekazać na podane poniżej konto bankowe:

……
…….....

(nazwa i adres Banku)

(numer konta)

……

czytelny podpis