

Załącznik nr 4

Wniosek o zwrot poniesionych kosztów leczenia

.....
(imię i nazwisko dysponenta subkonta)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania c.d.)

Wrocław,
(wypełnia dysponent)

Data wpływu.....
(wypełnia Fundacja)

**Fundacja „Na ratunek
dzieciom z chorobą nowotworową”
ul. Ślężna 114s/1, 53-111 Wrocław**

Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych kosztów leczenia w oparciu o poniższe oryginalne faktury z subkonta imiennego mojego dziecka.....

1. F-ra VAT.....	Kwota.....
2. F-ra VAT.....	Kwota.....
3. F-ra VAT.....	Kwota.....
4. F-ra VAT.....	Kwota.....
5. F-ra VAT.....	Kwota.....
6. F-ra VAT.....	Kwota.....
7. F-ra VAT.....	Kwota.....
8. F-ra VAT.....	Kwota.....
9. F-ra VAT.....	Kwota.....
10. F-ra VAT.....	Kwota.....

KARTA DROGOWA*.....

KWOTA ŁĄCZNA*.....

Kwota do zwrotu*.....

Kwituję odbiór kwoty*..... PLN
(data i podpis dysponenta)

Przelano na konto bankowe*.....

Pozostało do zwrotu*.....

*Własnoręcznym podpisem potwierdzam, że wykazane we wniosku
Faktury są zgodne z kryteriami określonymi w obowiązującym w
Fundacji Regulaminie kont imiennych*

AKCEPTUJĘ

.....
Podpis dysponenta konta

.....
podpis lekarza prowadzącego

***WYPEŁNIA FUNDACJA**