



**Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"**

Załącznik Nr 4 a

ZESTAWIENIE KOSZTÓW – KOSZTY DIAGNOSTYKI, LECZENIA I REHABILITACJI

Imię i Nazwisko:
Adres: Nr
telefonu: Data wysłania: Oświadczam, że
zapoznałem się z treścią Załącznika nr 1–Wykazem wydatków w ramach pomocy społecznej i
zwracam się z prośbą o zwrot kosztów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji Podopiecznego

.....
(numer ewidencyjny Podopiecznego, nazwisko i imię Podopiecznego Fundacji) wg przedstawionego
zestawienia: – faktura nr kwota
– faktura nr kwota – faktura nr
..... kwota – faktura nr
..... kwota – faktura nr
..... kwota – faktura nr
..... kwota – faktura nr
..... kwota – faktura nr
..... kwota – faktura nr
..... kwota – faktura nr
..... kwota SUMA:

..... Załączam
faktury/rachunki w ilości:egz. Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na
podany poniżej nr konta bankowego:

..... UWAGI:
Przypominamy, że celowość poniesionych kosztów musi być dokładnie opisana przez
Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego na odwrocie każdego dokumentu
księgowego potwierdzającego wydatki, a dokumenty te nie mogą budzić żadnych wątpliwości pod
względem rzetelności oraz oryginalności.

Jan Grad prezes Zarządu Podpis

Podopiecznego/ Rodzica lub innego prawnego opiekuna Podopiecznego CZYTELNY PODPIS
PODOPIECZNEGO /

*Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"
41-250 Czeladź
ul. Wojkowicka 2*

1% KRS 0000364986
www.fundacjanaszezaglebie.com.pl
tel. 791-398-062, 504-062-665
fundacjanaszezaglebie@gmail.com