Załącznik nr 2

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Imię i nazwisko …….

Adres: …….....

……

Nr telefonu ……..

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów leczenie, rehabilitacji, zakupów oraz innych 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 nr …….. kwota …….
7. - faktura nr …….. kwota …….
8. - faktura nr …….. kwota …….
9. - faktura nr …….. kwota …….
10. - faktura nr …….. kwota …….

SUMA: ……

Załączam faktury/rachunki w ilości: …… egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany w Porozumieniu oraz niżej nr konta bankowego:……

nr konta oraz imię i nazwisko właściciela

…….

Podpis Beneficjenta
/Rodzica lub innego prawnego opiekuna Beneficjenta