……
……
……
……
(imię, nazwisko, adres, nr telefonu podopiecznego
lub opiekuna)

Załącznik nr 3a
Data:…… r.

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dotyczących leczenia, rehabilitacji, zakupów i innych

……
(imię i nazwisko Podopiecznego)

wg przedstawionego zestawienia:

- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,
- faktura nr …… z dnia ……. – kwota …… zł,

SUMA: …… zł,

słownie złotych:

……

Załączam faktury/rachunki: ……. egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej numer konta bankowego:

……

……
Data i podpis

UWAGI:

- przypominamy, że każdy dokument musi być na odwrocie wyraźnie opisany i podpisany przez Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego co do celowości poniesionych kosztów
- zwrot za paliwo jest możliwy po dołączeniu opisanej na odwrocie faktury wraz z oświadczeniem (załącznik nr 3) oraz kserokopii poświadczającej wizytę lekarską lub turnus rehabilitacyjny