

.....
.....
.....
.....

Załącznik nr 3b

Data:..... r.

(nazwa, adres i nr NIP sprzedawcy)

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,

SUMA: zł,

słownie złotych:

.....

Załączam faktury/rachunki: egz.

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

.....

.....

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