

Załącznik nr 3

Wniosek o zwrot poniesionych kosztów leczenia

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

Wrocław,
(wypełnia dysponent)

.....
(adres zamieszkania)

Data wpływu:
(wypełnia Fundacja)

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

**Fundacja „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową”
ul. Ślężna 114 s/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 nr	Kwota:
2. F-ra VAT nr	Kwota:
3. F-ra VAT nr	Kwota:
4. F-ra VAT nr	Kwota:
5. F-ra VAT nr	Kwota:
6. F-ra VAT nr	Kwota:
7. F-ra VAT nr	Kwota:
8. F-ra VAT nr	Kwota:
9. F-ra VAT nr	Kwota:
10. F-ra VAT nr	Kwota:
11. F-ra VAT nr	Kwota:
12. F-ra VAT nr	Kwota:
13. F-ra VAT nr	Kwota:
14. F-ra VAT nr	Kwota:
15. F-ra VAT nr	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 Fundacji Regulaminie Kont Imiennych.

AKCEPTUJĘ:

.....
(Podpis dysponenta konta)

.....
(podpis lekarza prowadzącego)

***WYPEŁNIA FUNDACJA**

KARTA DROGOWA

Karta drogowa za okres od do.....

Przyjęty wskaźnik kosztów 1 km = **0,50 zł**

Marka i typ pojazdu:

Numer rejestracyjny:

Lp.	Skąd- dokąd	Cel podróży	Data przejazdu	Ilość kilometrów
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
<i>Własnoręcznym podpisem potwierdzam, że podane w niniejszej karcie drogowej informację o przejazdach są zgodne z rzeczywistością, a także oświadczam, że powyższe przejazdy spełniają kryteria refundacji określone w obowiązującym w Fundacji „Regulaminie Kont Imiennych”.</i>			Łącznie km:	
			Kwota zwrotu:	
			AKCEPTUJĘ:	
..... (podpis dysponenta konta)		 (podpis lekarza prowadzącego)	