Załącznik nr 3

<u>Wniosek o zwrot poniesionych kosztów leczenia</u>

..... Wrocław, ...
(imię i nazwisko dysponenta subkonta) *(wypełnia dysponent)*

..... Data wpływu: .....
(adres zamieszkania) *(wypełnia Fundacja)*

Fundacja „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową"
ul. Ślężna 114 s/1, 53 - 111 Wrocław

Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych kosztów leczenia z Konta Imiennego mojego dziecka:

....., w oparciu o poniższe faktury:

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*: .....
*(*wypełnia Fundacja)*

Potwierdzam, że wykazane we wniosku Faktury są zgodne z kryteriami określonymi w obowiązującym Regulaminie Kont Imiennych Fundacji.

AKCEPTUJĘ:

....
(podpis dysponenta konta) *(podpis lekarza prowadzącego)*

KARTA DROGOWA

Za okres od ..... do ..... .

Przyjęty wskaźnik kosztów - 1 km = 0,80 zł

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				

ŁĄCZNIE KM: .....

KWOTA ZWROTU: .....

Potwierdzam, że wykazane w karcie drogowej informacje o przejazdach są zgodne z rzeczywistością i spełniają kryteria określone w obowiązującym Regulaminie Kont Imiennych Fundacji.

AKCEPTUJĘ:

....

(podpis dysponenta konta) *(podpis lekarza prowadzącego)*