

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

..... Wrocław, dnia
(adres zamieszkania) (wypełnia Fundacja)

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

Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych kosztów leczenia z Konta Imiennego mojego dziecka:
..... (imię i nazwisko 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 - 1km = 0,80 zł

Lp.	skąd - dokąd	cel podróży	data przyjazdu	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