



**DIECEZJI
SIEDLECKIEJ**

Caritas Diecezji Siedleckiej

(Miejscowość, data)

ZESTAWIENIE WYDATKÓW

Proszę o zwrot kosztów dotyczących kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu leków, sprzętu rehabilitacyjnego i innych wydatków.

(Imię i nazwisko Podopiecznego)

Lp.	Data (faktury, rachunku)	Numer faktury, rachunku	Nazwa wydatku	Kwota
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
SUMA:				

Załączam opisane dokumenty _____ szt.

Kwotę refundacji proszę przekazać na konto bankowe:

(Imię, nazwisko i adres właściciela konta)

(Numer konta)

(Czytelny podpis)