caritas
DIECEZJI
SIEDLECKIEJ

Caritas Diecezji Siedleckiej

_____
(Miejscowość, data)

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW

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

_____

(Imię i nazwisko Podopiecznego)

Lp.	**Data** (faktury, rachunku, kosztów dojazdu)	**Numer faktury, rachunku**	**Nazwa wydatku**	**Kwota**
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
			SUMA:	

Oświadczam że przedstawione rachunki nie zostały zrefundowane z innych źródeł.
Załączam opisane dokumenty _____ szt.
Kwotę refundacji proszę przelać na konto bankowe:

_____

(Imię i nazwisko właściciela konta)

(Numer konta)

_____
(Czytelny podpis)