caritas
DIECEZJI
SIEDLECKIEJ

skrzydła

NR WNIOSKU	DATA WPŁYWU

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW – SKRZYDŁA

Proszę o refundację kosztów dotyczących PROGRAMU STYPENDIALNEGO SKRZYDŁA dla:

_____

(Imię i nazwisko DZIECKA)

Lp.	Data (faktury/rachunku)	Numer Faktury/rachunku	Nazwa wydatku	Kwota
SUMA:				

Kwotę refundacji proszę przekazać na konto bankowe:

_____

(Imię i nazwisko właściciela konta)

_____

(adres właściciela konta)

_____

(Czytelny podpis RODZICA/OPIEKUNA)

Zatwierdzam refundację w kwocie ……	Podpis Koordynatora: