

**FUNDACJA  
POMOCY DZIECIOM  
Z CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI W POZNANIU**

Imię i nazwisko Opiekuna.....

.....  
Miejscowość i data

Imię i nazwisko Podopiecznego .....

Adres .....

**ZESTAWIENIE  
RACHUNKÓW DOTYCZĄCYCH LECZENIA PODOPIECZNEGO**

<b>LP.</b>	<b>DATA</b>	<b>NUMER FAKTURY</b>	<b>KWOTA BRUTTO</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
		<b>Razem</b>	

**Proszę o refundację kosztów zakupu wymienionych w zestawieniu z wpłat zgromadzonych na subkoncie mojego podopiecznego i proszę o wpłatę:**

na rachunek bankowy nr \_\_\_\_\_

data i podpis Opiekuna.....

Zatwierdzam do wypłaty KWOTĘ .....

Data i podpis Zarządu .....