Załącznik nr 3 do Regulaminu

z dnia 05 stycznia 2023 r

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW**

Imię i nazwisko Podopiecznego/Podopiecznej:

Imię i nazwisko osoby/osoby reprezentującej podopiecznego):

Telefon kontaktowy i adres e-mail (Podopiecznego lub osoby reprezentującej podopiecznego):

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów leczenia/rehabilitacji/zakupu sprzętu medycznego/kosztów przejazdów/inne.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zestawienie wydatków za okres od …………………….. do …………………………. | | | | | (wypełnia Stowarzyszenie) |
| Lp. | Numer faktury/rachunku | Data faktury/  rachunku | Rodzaj wydatku | Kwota brutto | Akceptacja pełna/częściowa |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem: |  |  |

**Należy załączyć oryginały faktur/rachunków podpisane na odwrocie imieniem i nazwiskiem oraz każda z nich musi być opisana na odwrocie uzasadnieniem czego dotyczy. Jeśli faktury/rachunki zostały opłacone przelewem należy dołączyć potwierdzenia przelewów.**

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę o przekazanie na rachunek bankowy nr:

……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………. ..........................................

*(miejsce, data)* Podpis Podopiecznego/osoby reprezentującej Podopiecznego