



Fundacja Pomost Nadziei
ul. Zakole 15
32-020 Wieliczka
tel. 694-848-137
info@pomost-nadziei.pl

Data wystawienia

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Imię i Nazwisko:.....

Adres:.....

Nr telefonu / e-mail:.....

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią regulaminu dostępnego na stronie i zwracam się z prośbą o zwrot kosztów :

.....

(Podopieczny, imię i nazwisko identyfikującego Podopiecznego w Fundacji)

wg przedstawionego zestawienia:

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

- Nr faktury:..... Kwota:.....

Suma łączna **Egz. Ilość:**

Potwierdzam kwotę do refundacji i proszę przekazać na podany poniżej nr konta bankowego:

.....

(Nazwa Banku, nr konta bankowego)

Zarząd Fundacji Pomost Nadziei

Podpis podopiecznego, rodzica/ opiekuna

.....

.....