Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą Oddział w Gdańsku

.....
(imię i nazwisko beneficjenta/rodzica/opiekuna)

.....
(adres)

.....
(numer telefonu)

Data: .....

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
Oddział w Gdańsku
ul. Polanki 119
80-308 Gdańsk

Wniosek o refundację poniesionych wydatków

Zwracam się z prośbą o refundację z subkonta wydatków poniesionych w związku z leczeniem, rehabilitacją, zakupem leków, sprzętu i innych zgodnie z Regulaminem Subkont PTWM.

.....
(imię i nazwisko podopiecznego)

l.p.	Numer faktury:	Kwota
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

Załączone faktury w ilości: ..... szt., **na łączną kwotę:** .....

Wnioskuje o przekazanie zwrotu na poniżej podany numer konta bankowego:

Jednocześnie oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są oryginalne i nie zostały przedstawione do rozliczenia z subkont w innych Organizacjach.

.....
/czytelny podpis/