**PODANIE O ZWROT KOSZTÓW**

**PONIESIONYCH W ZWIĄZKU**

**Z TERAPIĄ STWARDNIENIA ROZSIANEGO**

**Imię i Nazwisko** Członka Programu: .....

**Adres zamieszkania** Członka Programu:.....

Na podstawie par. 6 Statutu Fundacji proszę o zwrot kosztów poniesionych przeze mnie w związku z chorobą na poniższy rachunek bankowy:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Jako załączniki do podania przesyłam kopie następujących faktur/rachunków/biletów:

| Lp. | nr faktury/rachunku | kwota | Jakie produkty/usługi są wyszczególnione na fakturze/rachunku? (krótki opis) |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| | Suma: | | |

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z zasadami opłacania faktur i rachunków udostępnionymi na stronie internetowej Fundacji.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Oświadczam, że nie otrzymałem zwrotu kosztów wskazanych powyżej rachunków/ faktur z innych źródeł niż subkonto w Fundacji Dobro Powraca

.....

Podpis Członka Programu, data