****

**Podanie o zwrot kosztów**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko Podopiecznego |  |
| Imię i Nazwisko opiekuna (dla Osób niepełnoletnich) |  |
| Adres zamieszkania Podopiecznego |  |
| Numer subkonta Podopiecznego (jeżeli został nadany) |  |

Na podstawie § 9 i 10 Statutu Fundacji i Porozumienia w sprawie przystąpienia do Programu Subkont proszę o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów na mój rachunek bankowy:

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

Jako potwierdzenie poniesionych wydatków załączam oryginały faktur/rachunków imiennych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Numer faktury/rachunku imiennego | Opis przedmiotów z faktury (tylko jeżeli nie wynika z opisu) | Kwota |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

 **SUMA**

* Oświadczam, że wskazane przeze mnie wydatki zostały faktycznie przeze mnie poniesione

i nie były oraz nie będą przedmiotem refundacji w innej organizacji niż Fundacja Dobro Powraca

* Potwierdzam autentyczność dokumentów i prawdziwość danych zawartych w Podaniu o zwrot kosztów własnoręcznym podpisem
* **Przekazuję/nie przekazuję** \* dobrowolną wpłatę z mojego subkonta w wysokości ………………….. PLN na PLN na obsługę Programu Subkont Fundacji Dobro Powraca

Podpis Wnioskodawcy- Imię i Nazwisko

Wnioskodawcą może być Podopieczny lub w przypadku Dziecka- jego Rodzic