

Data .....  
Imię i Nazwisko .....  
Adres .....  
Nr telefonu.....

### ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupów oraz innych.

.....

(Imię i nazwisko podopiecznego oraz **numer** )

wg przedstawionego zestawienia:

faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....
faktura nr .....	kwota .....

SUMA: .....

Załączam faktury/rachunki w ilości: ..... egz.

NR RACHUNKU BANKOWEGO:

.....

.....  
data i czytelny podpis podopiecznego  
lub rodzica/opiekuna prawnego