



WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW

(dotyczy bezpośredniej opłaty za usługę na konto wystawcy rachunku)

DATA

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA /OPIEKUNA	
IMIĘ I NAZWISKO PODOPIECZNEGO	
ADRES	

Proszę o sfinansowanie kosztów niżej wymienionych świadczeń z wpłat zgromadzonych na subkoncie mojego dziecka, zgodnie z § 8 Statutu Fundacji.

ZESTAWIENIE RACHUNKÓW

L.P	NR FAKTURY	RODZAJ ŚWIADCZENIA(*) [(*) np. zajęcia terapeutyczne, wizyta u lekarza, zakup leków, inne – wymienić]	KWOTA BRUTTO
		RAZEM	

Wraz z niniejszym wnioskiem przesyłam na adres Fundacji listem poleconym oryginały rachunków, wymienionych w zestawieniu wymienionych w zestawieniu, wystawionych na: Fundacja Na Rzecz Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym 'Nowa Nadzieja' w Kaliszu, ul. Nowy Świat 13, 62-800 Kalisz; ze wskazaniem imiennym dziecka.

Data i podpis Rodzica/Opiekuna

Wypełnia Zarząd

Stan subkonta na dzień ___-___-____ r. Wynosi:	
--	--

Uwagi

Zatwierdzam do wypłaty KWOTĘ :	
przelew bankowy z dnia:	

Podpis Zarządu