Fundacja Na Rzecz Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Nowa Nadzieja” w Kaliszu
62-800 Kalisz, ul. Bażancia 7a, tel. 693 887-884
KRS:0000321541

WNIOSEK O REFUNDACJĘ

DATA .....

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA /OPIEKUNA		
IMIĘ I NAZWISKO PODOPIECZNEGO		
ADRES		
NA NR RACHUNKU BANKOWEGO *(w sytuacji zmiany konta zaznaczyć w rubryce obok X)	Nr rachunku bankowego	*Zmiana konta(wpisać X)

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

ZESTAWIENIE RACHUNKÓW

L.P	NR FAKTURY	RODZAJ ŚWIADCZENIA	KWOTA BRUTTO
		RAZEM	**- zł**

Wraz z niniejszym wnioskiem przesyłam na adres Fundacji listem poleconym oryginały zapłaconych rachunków, wymienionych w zestawieniu.

Data i podpis Rodzica/Opiekuna .....

Wypełnia Zarząd

Stan subkonta na dzień __ __-__ __ -____. Wynosi:	

Uwagi:

Zatwierdzam do wypłaty KWOTĘ :	
przelew bankowy z dnia:	

Podpis Zarządu .....