.....
(imię i nazwisko beneficjenta/rodzica/opiekuna)

Data: .....

.....
(adres)

.....
(numer telefonu)

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą

ul. Prof. Jana Rudnika 3B
34-700 Rabka Zdrój

Wniosek o refundację poniesionych wydatków

Zwracam się z prośbą o refundację z subkonta wydatków poniesionych w związku z leczeniem, rehabilitacją, zakupem leków, sprzętu i innych zgodnie z Regulaminem Subkont PTWM.

.....
(imię i nazwisko podopiecznego)

l.p.	Numer faktury:	l.p.	Numer faktury:
1.		20.	
2.		21.	
3.		22.	
4.		23.	
5.		24.	
6.		25.	
7.		26.	
8.		27.	
9.		28.	
10.		29.	
11.		30.	
12.		31.	
13.		32.	
14.		33.	
15.		34.	
16.		35.	
17.		36.	
18.		37.	
19.		38.	

Załączone faktury w ilości: ..... szt., **na łączną kwotę:** .....

Wnioskuje o przekazanie zwrotu na poniżej podany numer konta bankowego:

Jednocześnie oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są oryginalne i nie zostały przedstawione do rozliczenia z subkont w innych Organizacjach.

.....
/czytelny podpis/