…… Kraków ……

Imię i nazwisko data

……

Adres zamieszkania

……..

Telefon

ZESTAWIENIE KOSZTÓW

Zwracam się o zwrot kosztów dotyczących mojego leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu i innych.

Według przedstawionego zestawienia faktur:

1. Faktura nr……kwota……
2. Faktura nr……kwota……
3. Faktura nr……kwota……
4. Faktura nr……kwota……
5. Faktura nr……kwota……
6. Faktura nr……kwota……
7. Faktura nr……kwota……
8. Faktura nr……kwota……
9. Faktura nr……kwota……
10. Faktura nr……kwota……

SUMA : ……..

Załączam oryginały w ilości:……. szt.

Kwotę refundacji proszę przekazać na mój rachunek bankowy numer:

……

Podpisem potwierdzam, że wszystkie rachunki/faktury zostały już opłacone ze środków własnych.

Oraz, że powyższe faktury i rachunki dotyczą tylko i wyłącznie towarów i usług dotyczących mojej osoby i spraw związanych z leczeniem i rehabilitacją w stwardnieniu rozsianym.

……

Czytelny podpis posiadacza subkonta