



opolskie
stowarzyszenie
rehabilitacji

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
ulica nr domu/mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon kontaktowy

Opolskie Stowarzyszenie Rehabilitacji
ul. Samborska 15, 45-316 Opole

PODANIE O ZWROT KOSZTÓW

Proszę o zwrot poniesionych kosztów na podstawie załączonych faktur, rachunków, umówi cywilno-prawnych związanych z leczeniem, rehabilitacją i pielęgnacją Podopiecznego Stowarzyszenia:

.....
imię i nazwisko Podopiecznego Stowarzyszenia

na rachunek bankowy:

.....
numer konta bankowego, na który ma być przelany zwrot za podane faktury/rachunki/umowy cywilno-prawne

Załączniki:

- zestawienie faktur /rachunków/umów cywilno-prawnych
- oświadczenia
- inne:

Oświadczam, że załączone dokumenty nie zostały dotychczas rozliczone ani zrefundowane w żadnej innej formie.

.....
Podpis

ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

ul. Samborska 15
45-316 Opole
tel. 77 556 03 35
e-mail: info@rehabilitacjaopole.pl



KRS: 0000273196
NIP: 7542893179
REGON: 160117005
NR RACHUNKU: 34 1680 1235 0000 3000 1461 2426