

# ROZLICZENIE

poniesionych kosztów na leczenie/rehabilitację  
Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci  
z Porażeniem Mózgowym w Opolu

Dane wnioskodawcy (wypełniać czytelnym pismem):

*Osoba niepełnosprawna /Opiekun prawny\*:*

.....

*adres zamieszkania:*.....

*seria i nr dowodu osobistego:*.....

*działający w imieniu:* .....

Przedstawiam rozliczenie poniesionych kosztów wraz z oryginałami faktur

Lp.	Dokument – nr dokumentu, data wystawienia, opis przedmiotu/usługi	kwota
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
	<b>Razem</b>	

Wnioskuje o\*:

1. płatność przelewem na konto sprzedającego w banku.....  
nr konta ..... – kwota .....zł
2. zwrot zapłaconej należności na moje konto w banku.....  
nr konta ..... – kwota .....zł
3. wypłatę gotówki w kasie Fundacji ..... – kwota .....zł

W załączeniu faktury ujęte w zestawieniu i opisane.

\* - *niepotrzebne skreślić*

.....  
(Imię i Nazwisko osoby składającej rozliczenie, telefon kontaktowy)

**Zatwierdzam rozliczenie do wypłaty:**

.....  
(podpis pracownika upoważnionego do zatwierdzania rozliczeń)

---

## ***POKWITOWANIE\****

Kwituję odbiór z konta mojego dziecka:

.....  
Imię, Nazwisko i adres osoby niepełnosprawnej  
z Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym kwoty:.....zł  
słownie.....  
na podstawie powyższego rozliczenia.

.....  
Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna osoby niepełnosprawnej