ROZLICZENIE
kosztów poniesionych z konta Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu na leczenie/rehabilitację/poprawę warunków bytowych

Dane wnioskodawcy (wypełniać czytelnym pismem):

Osoba z niepełnosprawnością /Opiekun prawny:*

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania:……

seria i nr dowodu osobistego:.....

działający w imieniu:……

Przedstawiam rozliczenie poniesionych kosztów oraz oryginały faktur

Lp.	Dokument – nr dokumentu, data wystawienia, opis przedmiotu/usługi **	kwota
1		
2		
3		
4		
5		
6		

7		
8		
9		
10		
	RAZEM	

Wnioskuję 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.

.....

(Imię i Nazwisko osoby składającej rozliczenie, telefon kontaktowy)

Zatwierdzam rozliczenie do wypłaty .....

(*podpis pracownika upoważnionego do zatwierdzania rozliczeń)*

Kwituję odbiór pieniędzy z subkonta na podstawie powyższego rozliczenia.

Data i podpis……

* *niepotrzebne skreślić*

*** przy rozliczeniu paliwa do rozliczania należy dołączyć formularz Rozliczenie kosztów paliwa*