

Data

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW WŁASNYCH STOWARZYSZENIA
NA RZECZ DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH **DARY LOSU** W SIERADZU

.....
Imię i nazwisko członka Stowarzyszenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel.

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie do.....

dla mojego dziecka.....

Zestawienie rachunków dotyczących leczenia dziecka

Lp.	Numer dokumentu	Data wystawienia	Kwota	Dotyczy kosztu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
RAZEM				

Oświadczam, iż poniosłam/em ww. koszty związane z ochroną zdrowia mojego dziecka w wysokości zł

(słownie: zł)

i proszę o rozliczenie ich w formie przelewu na moje konto bankowe.

Imię i nazwisko posiadacza konta

Nr konta bankowego

jednocześnie oświadczam, iż w/w zobowiązania zaciągnięte przeze mnie nie przekraczają stanu subkonta mojego dziecka.

.....
Data i czytelny podpis

W załączeniu oryginały ww. dokumentów faktur/rachunków (**OPISANE NA ODWROCIE**).
Data wpływu do Stowarzyszenia DARY LOSU w Sieradzu

.....
* WYPEŁNIA DZIAŁ ADMINISTRACJI STOWARZYSZENIA DARY LOSU (podpis osoby przyjmującej).

WYPEŁNIA STOWARZYSZENIE DARY LOSU w Sieradzu

Dokument dotyczy kosztów zakupu
.....
Koszt związany z realizacją celów statutowych stowarzyszenia
.....
Sfinansowany ze środków

Sprawdzono pod względem merytorycznym
Data Podpis
Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym
Data Podpis
Zatwierdzono do wypłaty zł.
Słownie:
.....
.....
<i>Księgowy</i>
<i>Prezes Zarządu</i>