…………………………………………………..

Miejscowość, data

……………………………………….

Imię i nazwisko Podopiecznego

……………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

……………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………….

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE DO FAKTUR Z APTEKI**

Niniejszym oświadczam, iż Ja *…*…………………………………………………………………….………..……………..

*(imię i nazwisko)* będący/będąca opiekunem prawnym podopiecznego ………………………..……………………………………………….. *(imię i nazwisko podopiecznego)* Fundacji ISKIERKA, z którą zawarłem/łam aktywną umowę o subkonto, załączam fakturę ………………………………………………….. *(numer faktury)* z dnia ………………………………..*(pełna data),* za zakup leków z apteki ……………..…………………………..………………………………………… *(nazwa apteki)*, która zostaje przekazana wyłącznie celem rozliczenia wydatków podopiecznego w Fundacji ISKIERKA.

……………………………………………………
podpis rodzica/opiekuna prawnego