…………………………………………………..

Miejscowość, data

……………………………………….

Imię i nazwisko Podopiecznego

……………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

……………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………….

Numer telefonu

**PODANIE O REFUNDACJĘ Z SUBKONTA**

Zwracam się z prośbą o możliwość refundacji ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Uzasadnienie wydatku[[1]](#footnote-1) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

....………………………………………………….

podpis rodzica

1. możliwość refundacji dotyczy wyłącznie kosztów związanych z procesem leczenia lub rehabilitacji po leczeniu onkologicznym. W przypadku zakupów budzących wątpliwość Fundacja może prosić o dostarczenie odpowiednich dokumentów lub zaświadczeń. [↑](#footnote-ref-1)