

.....
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