

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko

.....

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

.....
Email

**ZARZĄD FUNDACJI
ŚLĄSKIE HOSPICJUM DLA DZIECI
ŚWIETLIKOWO**

Proszę o refundację zakupu leków recepturowych wg załączonych faktur:

Lp.	Numer faktury	Wartość

SUMA:.....

Zwrot proszę przekazać na rachunek bankowy numer

.....

.....
/podpis/