

.....
(data wysłania)

PODANIE O ZWROT KOSZTÓW

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

.....
(imię i nazwisko, miejscowość zamieszkania lub numer ewidencyjny (jeśli jest nadany))

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów w ramach Programu Wsparcia Osób z Chorobami Mózgu „Impuls” według przedstawionego zestawienia:

- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....
- Faktura nr.....kwota.....

SUMA:

.....
Załączam faktury/rachunki w ilości:egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej nr konta bankowego:

.....
(podpis)

UWAGA: Faktury refundowane przez Fundację NeuroPozytywni nie mogą być rozliczane w deklaracji PIT w ramach ulgi rehabilitacyjnej za dany rok.