

.....  
(Imię i Nazwisko Rodzica lub Opiekuna lub Podopiecznego – osoba pełnoletnia)

..... / .....

miesiąc / rok

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Telefon kontaktowy)

.....  
(Numer porozumienia oraz Nazwisko i Imię Podopiecznego)

.....  
(Adres e-mail)

## **WNIOSEK O ZAPŁATĘ FAKTUR NA RACHUNEK WYSTAWCY**

**Wartość pojedynczej faktury nie jest niższa niż 1 tyś. zł.**

<b>L.p.</b>	<b>Data wystawienia</b>	<b>Nr dokumentu</b>	<b>Za co? (Np. terapia logopedyczna)</b>	<b>Kwota brutto</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
<b>Łączna kwota do zapłaty</b>				

Jeżeli dokumentów jest więcej, prosimy o wypełnienie kolejnego arkusza zestawienia (nie edytować). **Zestawienie można wypełnić komputerowo.** Kwotę zatwierdzonych do refundacji dokumentów proszę przesłać na rachunek:

**Przypominamy, że dokumenty powinny być wystawione, opisane i przesłane zgodnie z Zasadami aktualnie obowiązującymi, dostępne na [www.silentio.org.pl](http://www.silentio.org.pl). Od zasady tej nie robimy żadnych wyjątków.**

**Proszę o ZAPŁATĘ w/w faktur ujętych w zestawieniu, na rachunki bankowe wskazane w przesłanych fakturach.**

.....  
(Czytelny podpis składającego wniosek)

Data wpływu dokumentów..... Zatwierdzona kwota refundacji..... Data przelewu.....

Przelew zbiorczy \_\_\_\_\_