

.....
(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)

Zestawienie kosztów do refundacji

WYDATKI NA LECZENIE, REHABILITACJĘ I INNE Z TYM ZWIĄZANE

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

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:

Nazwa Banku

Nr rachunku bankowego

Oświadczam, że jestem właścicielem (współwłaścicielem)
w/w rachunku bankowego

(Podpis)

Przypominamy, że dokumenty powinny być wystawione, opisane i przesłane zgodnie z Zasadami aktualnie obowiązującymi, dostępne na www.silentio.org.pl. Od zasady tej z dniem 26.01.2015 roku nie robimy żadnych wyjątków.

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

Przelew zbiorczy _ _ _ _ _