

Data:

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Numer telefonu)

.....
(Numer rachunku bankowego)

.....
(Adres mailowy)

***Wypełnić drukowanymi literami**

WNIOSEK O ROZLICZENIE ZALICZKI

Rozliczenie zaliczki w wysokości zł (słownie:.....)

Zaliczka została przyznana w dniu:

.....
(Imię i nazwisko Potrzebującego pomocy)

Wg. przedstawionego zestawienia:

1. Faktura/Pro forma nrkwota
2. Faktura/Pro forma nrkwota
3. Faktura/Pro forma nrkwota
4. Faktura/Pro forma nrkwota
5. Faktura/Pro forma nrkwota
6. Faktura/Pro forma nrkwota
7. Faktura/Pro forma nrkwota
8. Faktura/Pro forma nrkwota
9. Faktura/Pro forma nrkwota
10. Faktura/Pro forma nrkwota
11. Faktura/Pro forma nrkwota
12. Faktura/Pro forma nrkwota

13. Faktura/Pro forma nrkwota
14. Faktura/Pro forma nrkwota
15. Inne (jakie?).....kwota

SUMA:...../słownie:.....

Załączone faktury w ilości.....egzemplarzy.

Załączone pro formy w ilości.....egzemplarzy.

Pozostała kwota z przyznanej zaliczki: zł (słownie:).

Niewykorzystaną zaliczkę należy zwrócić na numer rachunku bankowego, z którego został dokonany przelew ze strony Fundacji Ukryte Marzenia

***każdy dokument musi być dokładnie opisany**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Ukryte Marzenia z siedzibą w Chodzieży, ul. Strzelecka 15 moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia Wniosku i udzielenia Pomocy zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Pomocy Społecznej i akceptuję wszystkie zawarte w nim warunki.

.....
Czytelny podpis