**Stowarzyszenie „Pełni Nadziei” ul.Staszica 8, 46-100 Namysłów ,NIP:7521456172**

**Wniosek o sfinansowanie kosztów**

(dotyczy bezpośredniego przelewu opłaty za

świadczenie na konto wystawcy faktury).

**Miejscowość,data:……………………………………………………………………………………………….**

**Imię i nazwisko wnioskodawcy…………………………………………………………………………….**

**Imię i nazwisko podopiecznego…………………………………………………………………………….**

**Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………..**

**Proszę o sfinansowanie kosztów niżej podanych świadczeń .**

**Do niniejszego wniosku dołączam oryginały faktur imiennych lub wystawionych na Stowarzyszenie**

**ze wskazaniem imiennym podopiecznego.**

**ZESTAWIENIE FAKTUR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Rodzaj świadczenia | Nr faktury. | Kwota Brutto | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| Razem: |  | | |
|  |

**Data i własnoręczny podpis wnioskodawcy ………………………………………………………….**

**Wypełnia zarząd stowarzyszenia**

**Uwagi ………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**Zatwierdzam do wypłaty.**

Data i podpis.