

.....
.....
.....

Bukowsko,

Zwrot kosztów nr:.....

CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH w BUKOWSKU

Ul. Bieszczadzka 6

38-505 BUKOWSKO

Uprzejmie proszę o zwrot kwoty w wysokości zł.
Stanowiącej zapłatę za zakup:

.....

W ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2026r.

Oświadczam, że należność za faktury/paragony: (numer faktury, kontrahent)

1.....

2.....

3.....

Zapłaciłam/em z własnych środków, w związku z tym zwracam się z prośbą o zwrot na moje

konto osobiste

(numer konta)

.....
(Podpis)

Sprawdzono pod względem merytorycznym

.....
(data i podpis)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

.....
(data i podpis)

Zatwierdzam do wypłaty

.....
(data i podpis)

