

...../2015 roku.

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

(Zestawienie za miesiąc)

.....
.....
(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.

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

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 obowiązującymi od 01.01.2015 roku, dostępne na www.silentio.pl. Od zasady tej z dniem 26.01.2015 roku nie robimy żadnych wyjątków.

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

.....
(Czytelny podpis składającego wniosek)