

Fundacja Moc Pomocy
ul. Litewska 2 lok.68
51-354 Wrocław

DYSPOZYCJA PRZELEWU ŚRODKÓW Z SUBKONTA

.....
(imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji Moc Pomocy)

.....
(data zawarcia Porozumienia o udostępnieniu konta)

data wystawienia	Kontrahent	Nr faktury	Kwota	Opis

Suma

Zwracam się z prośbą o zapłatę za leczenie/rehabilitację
(imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji Moc Pomocy)

wg powyższej tabeli, ze środków zgromadzonych na subkoncie
(imię i nazwisko Podopiecznego Fundacji Moc Pomocy)

bezpośrednio na konto wystawcy.

.....
(podpis składającego dyspozycję)